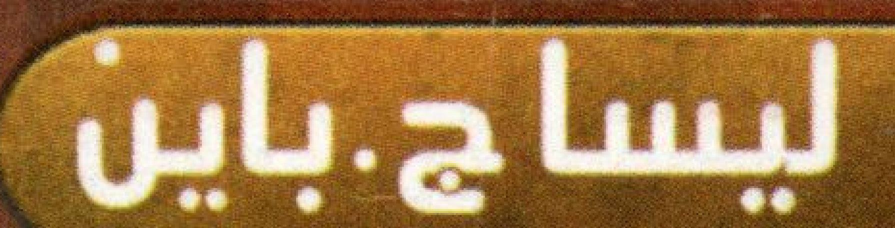


اضطرابات نقص الانتباه

دليل المعلم والوالدين

ترجمة

الدكتور
هشام سلامة

الدكتور
حمدى عبدالعزيز



اضطرابات نقص الانتباه

دليل المعلم والوالدين

تأليف

ليسا ج. باين

ترجمة

د. هشام محمد سلامة **د. حمدي أحمد عبد العزيز**

الطبعة الأولى
١٤٣٥ هـ/ ٢٠١٤م

ملتزم الطبع والنشر
دار الفكر العربي
٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة
ت: ٢٢٧٥٢٧٩٤ - فاكس: ٢٢٧٥٢٧٣٥
٦ أشارع جواد حسني - ت: ٢٣٩٣٠١٦٧
www.darelfikrelarabi.com
info@darelfikrelarabi.com

١٥٥,٤ بابن، ايساج.

ب ا ا ض اضطرابات نقص الانتباه: دليل المعلم والوالدين/ تأليف ايساج. باين؛ ترجمة هشام محمد سلامة، حمدى أحمد عبد العزيز. - القاهرة: دار الفكر العربى، ١٤٣٥هـ = ٢٠١٤م.

٢٣٠ص؛ ٢٤ سم.

ببليوجرافية: ص ٢١٩- ٢٢٢.

تدمك: ٤-٢٨٩٩-١٠ - ٩٧٧ - ٩٧٨.

١ - الأطفال - علم نفس. ٢- اضطرابات نقص الانتباه عند الأطفال. ٣- علاج اضطرابات نقص الانتباه عند الأطفال. أ- هشام محمد سلامة، مترجم. ب- حمدي أحمد عبد العزيز، مترجم. جـ-العنوان.

جمع إلكترونى وطباعة



elbardy-print@live.com

مراجعة لغوية د. رهام ماهر الصراف [مدرس بكلية التربية - جامعة طنطا]

إهداء

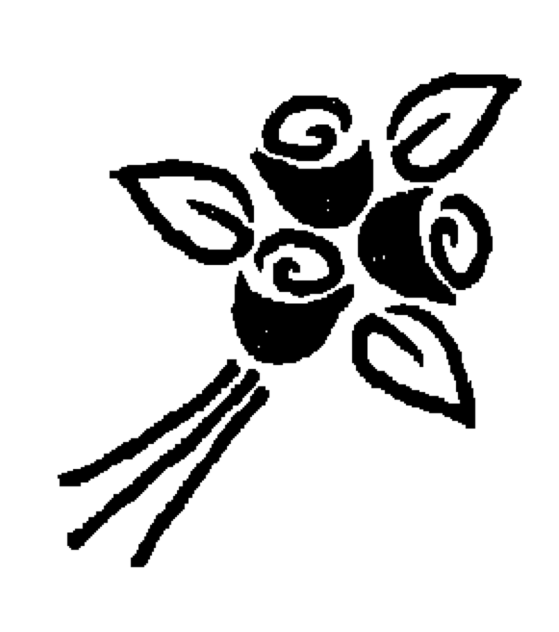
إلى روح المغفور له بإذن الله تعالى مربي الأجيال

الأستاذ الدكتور / محمد أحمد سلامة

وإلى روح الوالد المربي الفاضل

أحمد عبد العزيز كشك

غفر الله لهما وأسكنهما الجنة .



تمهيد

بعد أن قضيت جل مهنتي الطبية بمستشفى فيلادلفيا للأطفال صرت مرتبطاً شخصياً ومهنياً بتقديم أول الغيث ضمن سلسلة من الكتب التي تصدر تحت رعاية المستشفى من أجل تحسين حياة الأطفال.

وقد عقدت العزم على أن يكون هذا الكتاب موئلاً للأبوين لرعاية الأطفال الذين يرتبط سلوكهم وصعوبات تعلمهم بقدرتهم على تكريس الانتباه والمكث في أماكنهم والتركيز على المهام المهمة. وهم يعرفون بلغة اليوم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD. ويرتكز الكتاب على خبرة وتجربة جماعة من أطباء الأطفال والأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين وأطباء الأعصاب والأخصائيين الاجتماعيين الذين يتعاملون مع الأطفال المصابين بثمة اضطراب بمستشفى فيلادلفيا للأطفال ومستوصف توجيه الأطفال بفيلادلفيا وسيشور هاوس للأطفال.

ويهدف الكتاب إلى المساعدة في الإجابة عن الأسئلة وتوضيح المسائل المتعلقة باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط ومساعدة الأبوين في فهم أطفالهما وهي مهمة عسيرة بالنسبة إلى الأسر التي يعمل فيها كلا الوالدين أو التي بها ولي أمر واحد. ورغم حقيقة أن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط كان ولا يزال موضوعاً لبحوث كثيرة، إلا أنه ليس من اتفاق عام بين المختصين في الميدان حول ما الذي يشكل هذا الاضطراب أو ما الذي يسببه أو ما الطريقة المثلى لعلاجه. وفي حقيقة الأمر فإنه يظل هنالك بعض الخلاف حول ما إذا كان هذا الاضطراب له وجود حقيقي أم لا، رغم أن معظم الخبراء يتفقون على أن الكثير من الأطفال يواجهون صعوبة في الأداء ويمكنهم الاستفادة من التدخلات. وتتبدى الحاجة إلى التحديد السليم لمثل هؤلاء الأطفال من أجل تقديم الخدمات المناسبة.

ويتمثل أحد العوامل التي تسهم في ضبابية الرؤية لهذا الاضطراب في تباينه. إذ إن الطفل المصاب به يحمل منظومة فريدة من السمات الشخصية والمزاجية والأعراض المرتبطة باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط. ونتيجة لذلك فإنه لا بد أن يدرس كل طفل بوصفه حالة مستقلة من أجل إعداد الاستراتيجيات العلاجية المناسبة. وقد تشمل هذه التدخلات تضافراً بين العلاج الطبي والعلاج السلوكي والعلاج الأسري والتدخل التربوي التعليمي. وينهض هذا الكتاب بطرح مدخل متعدد الأبعاد يبدو ليعطي الأطفال فوائد مهمة على المدى البعيد.

إن علاج اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط يتضمن ما هو أكثر من علاج الطفل. ذلك أن أسرة الطفل بأكملها تشهد غالباً ضغوطاً متصاعدة وغضباً وشعوراً بالذنب، ما يكدر صفو البيئة الأسرية ويعيق سير أمور الأسرة بصورة متناغمة. لذا فقد بات يتعين توجيه العلاج إلى كل أفراد الأسرة من أجل (صيانة) صحتهم الانفعالية والاجتماعية. وينبغي أن يتعلم الأبوان العناية بنفسيهما في ذات الوقت الذي يعملان فيه على العناية بأطفالهما. وبالإضافة إلى ذلك فإن والدي الصغار المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط بحاجة إلى تعلم كل ما يستطيعون بشأن هذا الاضطراب بحيث يمكنهم الاستفادة وأن يصبحوا خير معين لصغارهم. ويتيح هذا الكتاب للوالدين اكتساب فهم أوضح للطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط والتسلح بمعرفة متكاملة للنهوض بأفضل رعاية ممكنة.

س. إيفيريت
كبير جراحين متقاعد
مستشفى فيلادلفيا للأطفال

توطئة

تجتمع كل ثلاثاء عند الثانية عشرة والنصف بمستشفى في فيلادلفيا مجموعة من الأطباء والأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين حول مائدة لمناقشة حالات الأطفال ذوي اضطرابات نقص الانتباه. ويفد هؤلاء الأخصائيون الصحيون من ثلاث مؤسسات مختلفة هي: مستشفى الأطفال بفيلادلفيا ومستوصف توجيه الأطفال بفيلادلفيا وسيشور هاوس للأطفال. وتتضافر جهودهم وخبراتهم ومعرفتهم لتقديم تقويم شامل وبرنامج علاجي متكامل لأكثر المشكلات السلوكية شيوعاً بين أطفال المدارس في هذا العصر.

ويتشارك هؤلاء المختصون في اللقاءات بوجهات نظرهم المتعددة المختلفة وميادين خبراتهم، ويتعاونون في إعداد مدخل علاجي يفي بحاجات كل طفل. وهم يستنيرون بنتائج عمليات التقييم الطبي والنفسي والمدرسي التي تمت، ويحددون مدى الحاجة إلى عمليات تقييم أخرى. ويجلبون معهم سنوات من الخبرة في العمل مع الأطفال ذوي اضطرابات نقص الانتباه أو مشكلات سلوكية أخرى.

وقد حالفني الحظ ككاتب لهذا الكتاب بأن تمكنت من حضور كثير من هذه اللقاءات، ما جعلني أكتسب إحاطة بجوانب كثيرة لهذا الاضطراب. كما التقيت مع أولئك المختصين على انفراد ولساعات وعولت على خبرتهم كثيراً. وقد عملوا معي لإعداد كتاب سوف يكون مرجعاً ودليلاً معيناً للأبوين.

ولقد تم إكمال مدخل هؤلاء المختصين ودعمه من خلال التعاون والمدخل البناء العقلاني للكثير من أولياء الأمور والأطفال. وقد شكلت رؤاهم الإطار الذي تم من خلاله بناء هذا الكتاب. ولقد تغيرت أسماؤهم جميعاً لكن قصصهم حقيقية. وسنجد في متن هذا الكتاب أن مصطلحي اضطراب نقص الانتباه ADD واضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD سوف يستخدمان على التبادل. وكما يبين الفصل الأول فإن مصطلح ADHD هو المصطلح شائع الاستخدام بين المختصين وكذلك أولياء الأمور. وهو ينطبق على الطفل بغض النظر عما إذا كان قد تم تحديده في إطار التوجيهات الحالية حول اضطراب ADHD أم في إصدارات سابقة.

تصدير المترجمين

رغم أن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط قد نال حظه من اهتمام العلماء والباحثين في وقت متأخر نوعاً ما، إلا أنه استأثر بقدر هائل من الاهتمام والبحث والنقاش أكثر من أية مشكلة نفسية أخرى. وقد بات هذا الاضطراب قاسماً مشتركاً بين العلماء والباحثين في علم النفس التربوي والطب النفسي والصحة النفسية وعلوم الأعصاب والفسيولوجيا. ولا يزال مادة خصبة للبحث والدراسة في دوائر وأوساط علمية وتربوية عدة، ولم يقل العلم كلمته الفصل بعد حول مسبباته وأفضل علاج له.

وقد أسهم في مشكلة دراسة وعلاج هذا الاضطراب كون كل طفل يمثل منظومة فريدة بذاته تتضافر فيها أدوار العوامل النفسية والفسيولوجية والوراثية والبيولوجية والبيئية والتربوية، ما يجعل تبني منحى علاجي وحيد مع كل الأطفال المصابين به أمراً عبثياً بالفعل.

وتتبدى خطورة هذا الاضطراب إذا ما علمنا أنه يؤسس لمشكلات أخرى عند الطفل ليصبح الأمر أشبه بكرة الثلج المتدحرجة التي يزداد حجمها وتورمها يوماً بعد يوم. ولا يقتصر أثره السلبي على الطفل فحسب وإنما يكون سبباً في تكدير صفو الأسرة وتوليد ضغوط تطال كل من فيها.

ورغم كثرة ما كتب حول هذا الاضطراب وتوفر تراث سيكولوجي كبير متعلق به، إلا أن هنالك شحاً في الأدبيات النفسية حول ما يتعلق بدور الوالدين في علاج هذا الاضطراب وما يرتبط بهما من كيفية تربية ورعاية الطفل المصاب به والتعامل معه. وسعياً للإسهام في سد هذه الثغرة القائمة في جسم التراث السيكولوجي فإن هذا الكتاب ينهض بمهمة إحاطة الوالدين وتزويدهم بالمعلومات اللازمة حول مسببات وعلاجات هذا الاضطراب والدور المنوط بهما في رعاية الطفل المصاب به والتعامل مع مشكلته بشكل بناء لما كان الأبوان عاملاً أصيلاً في تربية ومساعدة وعلاج الطفل.

ويعرض الكتاب لقصص العديد من الأسر في تعاملها مع الطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط وذلك من أجل توضيح المشكلة وسبر أبعادها وحل بعض ألغازها ومساعدة الأبوين في فهمها بشكل أفضل والتوافق معها. ويتناول الكتاب أيضاً علاج أسرة الطفل لما يعتريها من ضغوط وقلق واكتئاب بما يسهم في علاج الطفل ذاته.

أخيراً.. فإن الكتاب يحمل بين ثناياه وحناياه دعوة صادقة لتبني العلاج متعدد الأنماط وليس الاعتماد على نمط علاجي وحيد سواء أكان علاجاً طبياً أم نفسياً سلوكياً.. إلخ.

بقي أن نشير إلى أننا آثرنا الإبقاء على الأسماء الأجنبية للشخصيات الواردة في هذا المتن وما يحمله من ذكر مباشر لمؤسسات صحية وقوانين أمريكية متعلقة بموضوع ومضامين هذا الكتاب لما كان العمل المؤلف منظومة كاملة متكاملة من حيث المعنى والمبنى بحيث إن العبث بمثل هذه العناصر قد يشوه فسيفساء العمل ويقدمه للقارئ بصورة مبتسرة.

رعى الله كل جهد يبذل خدمة للعلم ومساعدة في حل وعلاج مشكلات الإنسان..

مقدمة

يدور هذا الكتاب حول الأطفال الذين لا يسعهم المكث في مقاعدهم ولا يمكنهم الانتباه، ويعجزون عن التوافق مع المدرسة أو الأنشطة المخططة الأخرى. وقد كان يشار إلى ذلك في سنوات خلت بأنهم الأطفال مفرطو النشاط أو مفرطو الحركة hyperkinetic أو حتى المصابين بتلف بالدماغ. ويجري تشخيص حالة هذه الشريحة من الأطفال اليوم بأنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD.

إن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط يمكن أن يوجد مشكلات جمة للأطفال. فقد يعاني هؤلاء الأطفال في المدرسة من اضطراب السمع وضعف الانتباه وعدم القدرة على مواصلة الجلوس في المقعد. وقد يواجهون مشكلة في التعلم، وهي أزمة مرشحة للتعقد بفعل صعوبة نوعية في التعلم وهي ليست جزءاً من اضطراب نقص الانتباه لديهم أو فرط نشاطهم. وبالإضافة إلى ذلك فإنهم قلما يستمتعون بعملية اكتساب معرفة جديدة. ويعني افتقارهم إلى النجاح في هذا الإطار أنهم يفتقدون تلقي التغذية الراجعة الموجبة من المعلمين وأولياء الأمور التربيت على الظهر ومعرفة أن المهام قد تمت بشكل جيد، ما يشحذ دافعية الأطفال الآخرين لمواصلة المحاولات. وربما يشعرون بالإحباط والغضب و"الرداءة".

هذا ولا يضغط اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط الحركي بثقله الغليظ على الأطفال أنفسهم فحسب، إنما يضغط على أسرهم أيضاً. إذ يشعر الأبوان غالباً أنهما قد فشلا إلى حد ما في القيام بواجبهما. وقد يتجادل الوالدان حول أفضل السبل لتنظيم الصغير. ولعل الأقارب ينتقدون الاهتمام الزائد الذي يكرس للطفل المصاب بهذا الاضطراب. والكل في الهم سواء! إذ تتحمل أسرة الطفل المصاب به عبئاً ثقيلاً من الضغوط التي تنخر في هيكل الأسرة وتعكر صفوها وتكدر مناخ الحياة الزوجية.

ويتعرض هذا الكتاب لجوانب كثيرة من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط، ليس فقط من حيث تأثيره على الأطفال والأسر إنما يتناول أيضاً الفكر الطبي والنفسي الحاليين حول أسبابه وعلاجه. ويستند الكتاب إلى خبرة جماعة متعددة التخصصات من أطباء الأطفال وأطباء الأعصاب وأطباء الأطفال النفسيين والأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين بمستشفى للأطفال ومستوصف لتوجيه الأطفال وسيشور هاوس بفيلادلفيا. كما يعتمد على خبرات الكثير من أولياء الأمور والأطفال الذين تأثرت حياتهم بهذا الاضطراب. ورغم أن قصة كل أسرة مختلفة، إلا أنهم يشتركون في خصائص كثيرة أيضاً. فيشعر معظم أولياء الأمور بالإحباط نظراً لنقص الإجابات الواضحة عن أسئلتهم الكثيرة حول هذا الاضطراب. ويشعر الكثيرون بالذنب بالنسبة إلى علاج أطفالهم طبياً رغم أنه يبدو مفيداً. كما يشعر جميع أولياء الأمور تقريباً بالإنهاك بفضل النضال الدائم لبلوغ الأفضل بالنسبة إلى أطفالهم وخاصة حينما يشعرون بضعف عتادهم في خوض تلك الحرب الضروس. وبينما لا يستطيع أي كتاب الإجابة عن كل الأسئلة حول اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD، فإن هذا الكتاب يهدف إلى المساعدة في كشف النقاب عن بعض المسائل ومساعدة الأبوين في اكتساب فهم أفضل وتربية الصغار المصابين بثمة اضطراب.

الجدل والخلاف حول اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط

حظي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ببحث موسع وجدل ساخن عريض بدرجة لم تتوفر ربما لأية مشكلة سلوكية أخرى للأطفال. فمن جهة، يعتبر بعض المختصين هذا الاضطراب كاضطراب نفسي شائع يصيب نحو عشرين في المائة من جميع الأطفال في سن المدرسة. ويقول آخرون بأنه أسطورة تبلورت أساساً كوسيلة للتحكم في السلوك غير المرغوب. ويمكن لكلا الرأيين أن يضرا بالأطفال المصابين بمشكلات انتباهية وسلوكية ذات صلة.

إن بعض المشكلات السلوكية للأطفال ليست صحية في الأصل لكنها تنجم عن مسببات خارجية مثل التفسخ الأسري أو ردود الأفعال حيال مواقف ضاغطة خاصة.

ويمكن لعلاج هؤلاء الأطفال كما لو كانوا يعانون من حالة طبية أن يحيد بالانتباه عن المصادر الحقيقية للأزمة. لكنه بالنسبة إلى الأطفال الآخرين فإن المزاج غير المكتسب يلعب دوراً مهماً في تحديد السلوك، وهم يعانون بالفعل من العجز عن المكوث في المقعد أو توجيه الانتباه. ويمكن لإنكار ذلك أن يحرم الطفل من الحصول على العلاج الذي قد يتيح له العيش[1] سعيداً والتمتع بحياة مثمرة. كما أنه يمكن أن يضعف إحساسه بالجدارة ويؤدي بأبويه إلى الاستنتاج الخطأ بأن تربيتهما المعتلة قد سببت المشكلات السلوكية للصغير.

ويستقي الجدل والخلاف المحيطان باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط من مصادر كثيرة. ورغم أنه قد جرى بحث مكثف لهذا الاضطراب، إلا أنه لا أحد يعرف بعد مسبباته أو لماذا يحدث. ويختلف المختصون في تحديد أفضل السبل لعلاجه، كما أن الأوساط والدوائر الطبية والعلمية والنفسية لا تتفق غالباً حتى حول الخصائص التي يتعين أن تفضي إلى تشخيص بوجود ثمة اضطراب. لكنه بينما يظل هذا الاضطراب غامضاً من زوايا عدة، إلا أن البحث الكثيف الذي استغرق عشرات السنين يؤيد بشكل جارف النظرية القائلة بوجود عنصر فسيولوجي غير مكتسب في هذا الاضطراب. فلم يعد يعتقد أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ذوو «تلف بسيط بالدماغ» مثلما كان يظن بشكل كبير في أربعينيات وخمسينيات وستينيات القرن العشرين. ويركز علماء الأعصاب اليوم في الميدان على التفاعلات البيوكيميائية في مناطق خاصة من الدماغ. وهم يفترضون أن هنالك عدم اتزان ما في كيماويات عصبية معينة ربما أضر بالمستويات الطبيعية للنشاط والانتباه.

ولعل البيولوجيا تشرح أحد دهاليز متاهة اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط. بيد أنه ليس من نموذج طبي يمكنه النهوض بشرحها بالكامل.

---

(١) يستخدم الحديث عن المذكر في هذا الكتاب في معظم الأحيان للإشارة إلى الأطفال المصابين باضطراب ADHD. ويجب فهم أن أطفالاً كثيرين ممن لديهم هذا الاضطراب هم من البنات. لكن الغالبية العظمى تكون من البنين كما سنرى في الفصلين الأول والثالث.

فرغم أن الطب الحديث جعل الناس يتوقعون مسببات يقينية قاطعة واختبارات قد تثبت التشخيص أو تدحضه وعقاقير يمكنها علاج المشكلة أو منعها، إلا أنه بالنسبة إلى اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط فإن عوامل بيئية ومجتمعية تتداخل أيضاً. ذلك أن الوضع الدراسي للطفل (الأعباء المدرسية الملقاة على عاتقه ومعلميه وأصدقائه وفصله وبنية الفناء) بالإضافة إلى تفاعلاته الأسرية، كل ذلك يلعب دوراً في تحديد مدى توليد صعوباته الانتباهية لمشكلات. كما أن التوصيف العلمي للمشكلة قد تغير عبر السنين. ففي ثمانينيات القرن العشرين على سبيل المثال، كان المجتمع العلمي مذبذباً حول مسألة ما إذا كان فرط النشاط عنصراً أساسياً من الاضطراب أم لا. ويذهب البعض إلى أن هذا العجز عن صك التوصيف يكشف عن الافتقار إلى أعراض يمكن تحديدها بوضوح تام، ما جعل هذه التوصيفات المتغيرة مجرد جهود صدوية عقيمة لتصنيف الاضطراب لتفترض وجود مؤامرة في الوسط الطبي ممثلاً في شركات الأدوية التي تصنع المنبهات شائعة الاستخدام لعلاج هؤلاء الأطفال، والمعلمين الذين لا يبغون التعامل مع الأطفال ذوي المشكلات. ولا تزال هنالك انتقادات أخرى للعلاجات الطبية الحالية لهذا الاضطراب والتي كان أكثرها جلبة القول بأن الإفراط في نشر ووصف العلاجات الطبية المنبهة يؤدي إلى امتلاء المدارس بالأطفال شبه الخارقين! ووفقاً لهذه الانتقادات فإن أكثر العقاقير استخداماً وهو الريتالين (ميثيل فينيديت) قد تسبب في الذهان والاكتئاب وأدى حتى إلى الانتحار. فلا عجب في ذعر أولياء الأمور ورفض بعض أطباء الأطفال العلاج!

ورغم قلة القصص التي توردها هذه الانتقادات والتي تكون شائعة غالباً لكنها تغفل حاجة الأبوين إلى المعرفة حول علاج الطفل ومشاركتهما فيه. ذلك أن أي عقار يمكن الإفراط في تعاطيه وإساءة استخدامه لو لم يعط ويراقب بدقة. ويجب أن يعرف الوالدان ما هو متوقع وردود الأفعال المنتظرة والسبيل إلى حصد استجابات لما يعنيان به.

الأوجه المختلفة لاضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط

يمكن إرجاع الكثير من الخلاف والجدل والفوضى حول هذا الاضطراب إلى عدم تجانس الأطفال. ولنأخذ حالتي طفلين جرى تشخيصهما بوصفهما اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط. فقد كان الطفل الأول وهو داني دائم الحركة منذ مولده، فهو لا يستقر أو يمكث في مكان ويخطف الانتباه دوماً ويقوم بأفعال لا نهاية لها. وتتذكر والدته أن داني حينما كان في الرابعة من عمره راح يتسلق نحو قمة البوفيه لأخذ بعض حلوى العيد، ما جعله يقلب الأثاث ويكسر الطاقم الصيني. بيد أن أبويه لم يعتبراه «سيئاً» قط. وكان الصبي محبوراً سعيداً دائم الضحك. وقد قام الأبوان بأخذ الصغير عند سن الرابعة إلى أخصائي نفسي لفحصه متوقعين أن يقول الخبير أن ذكاء داني الحاد أدى به إلى السأم وعدم الاستقرار. وبدلاً من هذا وبعد فحص دقيق أخبرهما الأخصائي أن داني يعاني من اضطراب نقص الانتباه وأنه مفرط النشاط.

أما الطفل الثاني وهو أليكس فقد جاء إلى مركز ADHD في الصف الرابع. وقد كان مستواه الدراسي متراجعاً وبدا محبطاً حزيناً. وأشار معلموه إلى أن لديه مشكلات سلوكية قليلة في الفصل رغم أنهم كانوا محبطين بسبب أدائه الأقل من المتوقع ونقص دافعيته الواضح. وذكروا أنه كان يبدو عاجزاً دوماً عن التركيز وينسى الكثير من التعليمات التي كانوا يعطونها بخصوص المهام. وحينما التقاه الأخصائي النفسي فاضت عينا الصبي بالدموع أثناء تحدثه عن مشكلاته في المدرسة. فلم يحبه معلموه وفقاً لما قاله، كما كان يجد صعوبة بالغة في الانتباه حينما يتم التكليف بالواجب المدرسي. وقد جرى تشخيص حالة ألكس مثل داني بأنه لديه اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط مفرط.

ورغم أن أليكس وداني يبديان سلوكيات مختلفة بوضوح، لكنهما مثالان متطرفان بأية حال. وتبين قصتاهما مدى السلوكيات التي قد تؤدي إلى تشخيص بوجود اضطراب ADHD. كما أنهما توضحان أن التشخيص يلم فقط بخصائص معينة لطبيعة الطفل. وهو لا يشي بما إذا كان ذا طبيعة جيدة أو ودوداً طيباً أو ما إذا كان غير اجتماعي

أو لامعاً أو حزيناً. وقصارة القول بأن لديه مجموعة الأعراض التي تتضمن مدى قدرته على إعطاء الانتباه والمكث في المقعد والتركيز على المهمة. وسوف نناقش الخصائص التي تميز الطفل المصاب بثمة اضطراب في الفصل الأول من الكتاب بشكل أكبر.

مشكلة التحديد

ربما يتساءل الأبوان عن أهمية ومصداقية وجود الاضطراب «التشخيص» وذلك في ظل المدى الواسع من السلوكيات التي تصنف بأنها متعلقة بهذا الاضطراب. فلماذا نعرض الطفل إلى إجراءات التشخيص إذا كانت ستفرز نتائج غير دقيقة تقريباً؟ كما أن وصم الطفل بتشخيص نفسي قد يولد مجموعة جديدة من الصعوبات. وما الافتراضات التي سوف يضعها الآخرون كالأصدقاء والمعلمين وأفراد الأسرة حينما يعلمون أن الطفل يعاني من هذا الاضطراب؟ إنه بدون معرفة شخصية به فسوف يفترض الآخرون أن لديه مشكلات ويعاملونه كطفل مشكل.. فهل سيصبح منبوذاً؟

إن صفة نقص الانتباه وفرط النشاط قد تصم الطفل بالفعل، بيد أنها قد تسدي خدمات جليلة لكل معني به. إذ يمكن لهذه الصفة أن تفيد الأبوين بعدة طرق. فبالنسبة للوالدين القلقين حول ما لعلهما اقترفاه من خطأ أفضى إلى مشكلات وصعوبات تواجه الصغير، نجد أن هذا الوصم قد يحررهما من الشعور بالذنب. وغالباً حينما يصبح اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط لدى الطفل في مرمى بصر المختصين فإن الوالدين يكونان قد أمضيا سنوات من تكدس وتراكم الإحباط والأسى والشعور بالذنب. وحينما يوصف صغيرهما بأنه يعاني من ذلك الاضطراب فإن ذلك يمكن أن يساعدهما في رؤية المشكلة من منظور مختلف وليس من خلال «ما الخطأ الذي ارتكبته؟» إنما في إطار «ما الذي يسعني فعله من أجل الحل؟». وبالنسبة إلى الأبوين اللذين تشككا تماماً في أن طفلهما أكثر من مجرد «سيئ السلوك» أو «صعب الطباع» فإن الوصف بذلك الاضطراب الذي يثبت شكوكهما يمكن أن يعظم من ثقتهما بنفسيهما.

أيضاً فإنه يمكن أن تكون تلك الصفة للطفل بأنه يعاني من وجود اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط معيناً، إذ يمكن أن يتحرر الأبوان ومعلمو الطفل

من بعض غضبهم نحوه حينما يفهمون أنه ليس ماكراً أو «سيئاً» لكنه يفتقر إلى الأدوات التي يحتاجها للتطابق مع توقعاتهما. وقد يرتاح الأطفال الأكبر سناً حينما يدركون أن هنالك سبباً ما يجعلهم يشعرون بفقدان التحكم في بعض الأحيان، ما يجعلهم عاجزين عن الوفاء بتوقعات الأبوين والمعلمين.

إن الوصم باضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط يفتح الباب أيضاً أمام الكثير من استراتيجيات الإدارة. وبالمثل فإن الوالدين والأطفال يمكن أن يحولوا أفكارهم من الاستسلام إلى وضعهم إلى الأمل في المستقبل. ويناقش القسم الثاني من الكتاب المداخل المختلفة التي يمكن أن تفيد الأطفال الذين جرى تشخيص حالتهم بأنها اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط.

من جهة أخرى فإن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط له جانب عملي مفيد؛ إذ إنه يخبر المدارس والمؤسسات الأخرى بأن هذا الطفل ذو احتياجات خاصة تجب مراعاتها. ويعطي الأوساط والدوائر التعليمية والطبية والبحثية إطاراً يمكنهم من خلاله العمل نحو فهم أفضل للاضطراب وتطوير العلاجات.. أخيراً، فإنه يعطي شركات التأمين تشخيصاً سوف يعوضونه.

دعم الوالدين

يتعين أن يضطلع الأبوان بدور فاعل من أجل تفهم الوجه الإيجابي للوصف بالاضطراب؛ إذ إن الوصف وحده لا يشي بمعلومات مهمة حول شخصية الطفل الفردية، وهو أيضاً لا يقول الكثير عن أفضل الطرق لإدارة صعوباته. فعلى الأبوين التعامل مع كل المصادر التي تحت تصرفهما لكشف الخصائص المميزة لاضطراب الطفل وإخضاع مشكلاته لإجراءات مناسبة.

إنك كولي أمر تتمتع بأفضل وضع لمعرفة كل جوانب مشكلة صغيرك. ولكن لكي تقوم بعمل ما فإنك ينبغي أولاً أن تتسلح بالمعرفة المناسبة عن ثمة اضطراب؛ إذ إنك سوف تتعامل مع أناس كثيرين ممن لديهم القدر القليل من المعرفة حول هذا

الاضطراب وسوف تكون خبرتك أساسية. فلتتعلم تحدث لغة المختصين مع من ستتعامل معهم.

إن هذا الكتاب مقسم إلى ثلاثة أقسام. حيث يشرح القسم الأول التصور الحالي حول ماهية الاضطراب وكيف تطور هذا الفكر عبر السنين، ويقدم أحدث المعلومات عما قد يسبب اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط. ويقودك القسم الثاني عبر الآراء العلاجية والتشخيصية المتعددة التي سوف تقابلها. أما القسم الثالث فإنه يعطي تبصراً بما يمكنك توقعه في المستقبل وأمثل الطرق لكيفية عنايتك بالحاجات الانفعالية والاجتماعية لعائلتك بمن فيهم أنت ذاتك.

ويعكس هذا الكتاب أهداف المختصين بمستشفى فيلادلفيا للأطفال ومستوصف توجيه الأطفال بفيلادلفيا وسيشور هاوس للأطفال لتكتسب رؤية أوضح حول طفلك. وسوف تتيح لك هذه الرؤية ومعرفتك بالخيارات الأدوات التي تحتاجها لبلوغ أفضل رعاية.

الباب الأول

إضاءة على طبيعة الظاهرة

الفصل الأول

الطفل المصاب بنقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط

لقد كان تعريف اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ولا يزال مشكلة مثارة بين علماء النفس والباحثين المختصين. وقد شهد التعريف تغيرات عبر السنين، وجرى تعديل معايير تشخيصه، وتعددت التساؤلات المثارة حوله. لكنه رغم ثورة الخلاف والجدل في الميدان، إلا أن هنالك صورة أدق وأوضح آخذة في التبلور الآن.

وبينما لا يوجد إجماع حول نظرية موحدة بين أطباء الأطفال والأخصائيين النفسيين وعلماء الصحة النفسية والأخصائيين الاجتماعيين والمربين وأولياء الأمور، إلا أنهم ينزعون إلى اعتبار رؤاهم متفقة أكثر منها متعارضة والعمل معاً لإيجاد حلول أفضل للأطفال.

وفي حين يبدو مسمى اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الحركي المفرط واضحاً محدداً، إلا أن العلماء الذين يدرسون الظاهرة قد عجزوا عن صك التوصيف الدقيق لطبيعته. وقد عمدوا إلى تنحية بعض الأمور، فقالوا على سبيل المثال: إنه ليس هنالك خلل عصبي واضح لدى معظم أطفال هذه الفئة، كما لا يوجد مرض واضح لديهم.

ورغم هذا فإن معظم الخبراء في الميدان يعتقدون أن هناك شيئاً ما مختلفاً وغير طبيعي إلى حد ما بالنسبة إلى طريقة عمل الدماغ لدى الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط. أيضاً فإنهم يعلمون أن الأعراض ليست ببساطة نتيجة تربية والدية غير بناءة، رغم أن التربية الوالدية تؤثر بالفعل في طبيعة وحدة المشكلات.

والآن فإن ما يمكن قوله بشيء من الثقة هو أن هذا الاضطراب يتضمن زمرة من الخصائص السلوكية التي تعوق قدرة الطفل على التفاعل مع بيئته. ورغم وجود أساس بيولوجي لذلك، إلا أن هذه الخصائص تتأثر بعوامل نفسية واجتماعية. وإذا وجد أي من هذه الخصائص السلوكية فلن يعتبر غير طبيعي بالمرة. لكنه إذا أخذت هذه الزمرة من الخصائص تتضافر معاً، أو نظراً لحدتها واستمرارها، أو نظراً لطبيعة الطفل، فإنها يمكن أن توجد مشكلات في الفصل والبيت وفي أماكن أخرى. أيضاً فإنها تفتح الباب أمام مشكلات لولبية متعنقدة. فالطفل الذي لا يمكنه أن يمكث في مكانه أو أن يعطي انتباهاً يمكن أن يشوش على الفصل بأكمله وأن يعوق مهمة معلميه. ثم إن ردود أفعال المعلمين والزملاء حيال المقاطعة يمكن أن تربي الغضب والقلق والاكتئاب والتقدير الضعيف للذات. وتظهر لدى الطفل مشكلات كثيرة في مدة قصيرة، كما أن قائمة المشكلات تكون قابلة للزيادة بمرور الزمن.

ومن بين طرق تناول هذه المشكلة دراسة المزاج الخاص للطفل ومدى ملاءمته لبيئته. والمزاج الخاص للفرد هو شخصيته التي ولد بها وخصائصه السلوكية التي تتضمن مستوى نشاطه ومدى انتباهه وعناده وتوافقه وشدته واندفاعيته وحالته الانفعالية (المزاج) وتواصله الاجتماعي واستجابيته نحو أنماط مختلفة من الاستثارة الحسية. ويعلي المجتمع وخاصة المجتمع المدرسي من شأن خصائص مزاجية معينة أكثر من غيرها. فعلى سبيل المثال، يتكيف الطفل ذو المدى الواسع من الانتباه بسهولة مع المواقف الجديدة والذي يتمتع بمزاج مرح متفتح لا شك أنه سوف يتكيف مع بيئته المدرسية بشكل أكثر تجانساً من الطفل صاحب المدى القصير من الانتباه وذي الصعوبة في التوافق مع المتغيرات والذي يبدو حزيناً متقوقعاً في معظم الأحيان. ويجد الأطفال ذوو اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط مشكلة خاصة في التماشي مع ما يعتبره المجتمع طبيعياً أو مقبولاً.

ويذهب بعض المختصين في دراسة المزاج الخاص إلى أن مثل هؤلاء الأطفال يقعون ضمن النطاق العريض من الطبيعة وأنه لا يوجد اضطراب يسمى اضطراب نقص

الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط. غير أن أشد المنتقدين يسلمون بأن بعض الأطفال سواء أجرى تشخيص حالتهم بأنها تمثل ذلك الاضطراب أم لا، وسواء اعتبروا «طبيعيين» أم «غير طبيعيين» فإنهم تكون لديهم مشكلة في الأداء بشكل فعال في بيئتهم ويمكن مساعدتهم من خلال تدخلات مناسبة.

إن تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط هو بدوره طريق أكثر أو أقل ملاءمة ومنطقية للولوج نحو مشكلة الطفل. لكنه في إطار كيف نساعد الطفل ذا الصعوبات المصاحبة لهذا الاضطراب، فإن قطعية التشخيص تكون أقل أهمية من تحديد موطن اضطراب أدائه.

إن الكثير من الأطفال الذين يفدون إلى مراكز وعيادات الأخصائيين النفسيين وأطباء الأطفال من أجل علاج مشكلات سلوكية أو مدرسية يأتون وهم محملون بالعديد من الأعراض. وعادة ما يكون السؤال الذي يدق في رؤوس أولياء أمورهم هو: «هل يعاني طفلي من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط؟» وبينما قد لا تكون الإجابة قاطعة إلا أن طرح السؤال يمكن أن يكون ذا قيمة إذا أدى إلى تقييم مصدر وحدة مشكلات الطفل، وإذا كشف عن مجموعة من التدخلات الممكنة.

الأعراض الرئيسة

حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM-III-R[1] أربع عشرة خاصية أو عرضاً لاضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD. ولكي يتم تشخيص حالة الطفل بأنه يعاني من هذا الاضطراب فلا بد أن تتوفر لديه ثمان من هذه الخصائص (انظر الشكل التالي). كما أن الأعراض لا بد أن تظهر قبل سن سبع سنوات وأن تتواصل لما يزيد على ستة أشهر. ويجب أن ننحي جانباً الأسباب الأخرى الممكنة لثمة اضطراب مثل رد الفعل نحو العلاج الطبي أو وجود موقف ضاغط.

---

(١) انظر الفصل الثاني لمعرفة المحكات التشخيصية للاضطراب كما وردت بالإصدار الرابع للدليل DSM-IV.

المعايير التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ٣١٤,٠١

ملحوظة:

يعتبر المعيار مستوفى فقط متى كان السلوك أكثر تكراراً أو حدوثاً قياساً بمعظم الأفراد في نفس الفئة العمرية.

أ: اضطراب لمدة ستة أشهر على الأقل تشهد ثمانية على الأقل من الآتي:

١: يبدي الطفل غالباً تململاً من خلال حركة اليدين أو القدمين أو التلوي فوق المقعد (وقد يقتصر الأمر عند المراهقين على مشاعر ذاتية بعدم الاستقرار).

٢: يجد الطفل صعوبة في المكث في المقعد متى كان ذلك مطلوباً.

٣: يسهل تشتيته من خلال مثيرات خارجية.

٤: يجد صعوبة في انتظار دوره في الألعاب أو المواقف الجماعية.

٥: يعطي إجابات متسرعة للأسئلة قبل إتمامها.

٦: يجد صعوبة في اتباع تعليمات الآخرين (ليس بسبب سلوك معاكس أو فشل في الفهم) وذلك من قبيل الفشل في إتمام العمل النظامي أو الروتيني.

٧: يواجه صعوبة في الحفاظ على الانتباه في المهام أو أنشطة اللعب.

٨: ينتقل في الغالب من نشاط لم يتمه إلى آخر.

٩: يواجه صعوبة في اللعب بهدوء.

١٠: يتكلم كثيراً في أغلب الأوقات.

١١: يقاطع الآخرين غالباً بما في ذلك أثناء اللعب.

١٢: يبدو غير مصغ لما يقال في أغلب الأحيان.

١٣: يفقد في الغالب الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة بالمدرسة أو البيت (مثل الأقلام والكتب).

١٤: ينخرط عادة في أفعال خطيرة بدنياً دون مراعاة للعواقب الوخيمة من قبيل الاندفاع نحو الطريق دون النظر.

لاحظ: البنود السابقة مرتبة ترتيباً تنازلياً وفق القوة التمييزية بناءً على بيانات مستمدة من دراسات ميدانية لمعايير دليل جمعية الطب النفسي الأمريكية -DSM-R III بالنسبة لاضطرابات سلوك المقاطعة.

ب: تبدأ قبل سن السابعة.

ج: لا يستوفي المعايير بالنسبة إلى الاضطراب النمائي المتواصل.

معايير قوة اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط

بسيط:

أعراض قليلة (إن وجدت أصلاً) توجد بزيادة في تلك اللازمة لعمل التشخيص، ويوجد خلل ما عند حده الأدنى في الأداء الدراسي أو الاجتماعي أو لا يوجد.

متوسط:

خلل وظيفي أو أعراض وسط بين البسيطة والحادة.

حاد:

أعراض كثيرة توجد بزيادة في تلك اللازمة لعمل التشخيص واضطراب واضح دائم في الأداء بالبيت والمدرسة ومع الزملاء.

وتصف هذه الخصائص مجتمعة الطفل غير المنتبه المندفع و/أو مفرط النشاط. وينظر إلى هذه الخصائص الثلاث بوصفها «الأعراض الرئيسة» لاضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط. وليس شرطاً أن يبدي الطفل كل الأعراض الرئيسة، فقد يكون ضعيف الانتباه لكنه ليس مفرط النشاط. ولكن وفقاً لنواميس جمعية الطب النفسي الأمريكية APA فإنه لا بد أن تستوفى ثمانية من المعايير الأربعة عشرة كي يتم التشخيص بوجود الاضطراب. كما أن كلاً من هذه المعايير لا بد من رؤيته في إطار ما يعتبر (مناسباً نمائياً) بالنسبة إلى العمر الزمني للطفل. فعلى سبيل المثال، ليس مطلوباً من طفل عمره ثلاث سنوات أن يمكث في مكانه لنحو عشرين دقيقة، في حين أنه لا بد لطفل التسع سنوات أن يتحمل ذلك. ووفقاً لمعايير جمعية الطب النفسي الأمريكية APA فإن الطفل يعتبر "لديه حالة بسيطة إذا أبدى ثمانية فقط من هذه الأعراض ويكون لديه إضطراب بسيط يبعده عن الأداء الفعال في بيئته. وبوجود تسعة أو عشرة أعراض فإن ذلك يضعه في درجة "الحالة المتوسطة"، أما إذا أبدى ما يزيد على ١١ عرضاً فإن ذلك يعبر عن حالة "حادة". والطفل الذي يعاني من درجة حادة من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط هو الطفل الذي لديه جوانب عدة من الصعوبات الجوهرية. وبالإضافة إلى المعايير الأربعة عشرة فإن هنالك عوامل أخرى (وهي الشدة والاستمرارية ومقاومة العلاج) والتي لا بد من مراعاتها لدى محاولة تحديد ما إذا كان اضطراب الطفل ذا درجة بسيطة أم متوسطة أم حادة. فعلى سبيل المثال، نجد الطفل شديد الاندفاعية الذي يضع نفسه كثيراً في بوتقة الخطر قد يؤهله ذلك لأن يحتل الدرجة "الحادة" رغم أنه يبدي فقط ثمانية أو تسعة من معايير التشخيص. وهنالك طفل آخر قد لا يكون استجابياً للتفاعلات البيئية رغم أنه يبدي قليلاً من المعايير ويكون مستوى أدائه بالغ الحدة.

ويناقش الفصل الثاني من الكتاب تاريخ كيفية التوصل إلى هذه القائمة. ويجدر القول هنا أنه لا شيء سحري أو مطلق بشأنها، إذ إن القائمة ببساطة أداة يمكن أن تساعد في تحديد الأطفال الذين قد يستوفون المعايير ضمن التصنيف العريض للظاهرة. غير أن هذه القواعد التشخيصية يغشاها بعض أوجه العوار. فهي لا تعين

من الذي سيحدد مدى إبداء الطفل هذه السلوكيات، كما لا تقدم مقاييس موضوعية للأعراض، ولا تحدد "التطابق العمري". وبذا فإن تشخيص هذا الاضطراب يظل مفتوحاً أمام تأويلات وآراء متنوعة. وتجدر الإشارة إلى أن القائمة تشير فقط إلى السلوكيات ولا تقول شيئاً عن القدرة العقلية أو الشخصية. ورغم أن الطفل هو أكثر من مجرد قائمة بالسلوكيات، إلا أن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط يتم تحديده أو التعرف إليه في إطار السلوك (انظر الفصل الثاني لمعرفة المحكات التشخيصية للاضطراب كما وردت بالإصدار الرابع للدليل IV-DSM).

ضعف الانتباه والتشتت

يمثل نقص الانتباه خاصية للطفل الذي لا يمكنه مواصلة الانتباه لفترة زمنية معقولة. وقد يغرق في دهاليز الشرود الذهني أو يسهل تشتيته. كما يتسم بمعاناة في التركيز في العمل المدرسي والأنشطة الأخرى التي تتطلب انتباهاً متواصلاً، ما يجعله يضطرب في إتمام المهام. أيضاً فإن هذا الطفل يجد صعوبة في اتباع التعليمات خاصة تلك التي تتضمن خطوات كثيرة. ويبدو كما لو كان لا يسمع، وغالباً ما يفقد الأشياء أو ينساها.

وما يثير الدهشة أن أطفالاً كثيرين ممن يتسمون بضعف الانتباه يبدون قدرة ملحوظة على الانتباه في ظل ظروف معينة وذلك من قبيل ما يحدث أثناء مشاهدة التلفاز أو ممارسة ألعاب الفيديو. كما أن الكثير من الأطفال ينتبهون جيداً حينما يكونون في عيادة الطبيب أو حينما يتفاعلون فردياً مع شخص راشد. ويمكن أن يضاف تراجع قدرتهم على الانتباه في أوقات معينة فقط إلى مشكلات الأطفال. ولعل أولياء الأمور والمعلمين يفسرون انتباههم الانتقائي كمؤشر على أنهم ببساطة لا يحاولون الانتباه في بعض الأحيان. وقد يستنتج الطبيب عبر ملاحظته للطفل في عيادته أن ثمة نقصاً للانتباه غير موجود، وأن كل ما في الأمر أن ولي أمر الطفل يبالغ في رد الفعل، أو لعل الأسوأ هو أنه يرسب السلوك السيئ.

الاندفاعية

يقصد بالاندفاعية المبادرة بالفعل قبل التفكير. وقد يقوم الطفل المندفع بالتحدث في الفصل دون مناسبة أو تفكير ليقاطع المعلم أو يقوم بمضايقة طلاب آخرين، إذ إنه يعاني اضطراباً في انتظار دوره. كما يجد صعوبة في التخطيط لأفعاله، وتكون أحكامه مجافية للصواب في أغلب الأحيان. وقد يضع نفسه في مواقف خطرة كالاندفاع بسرعة في الطريق دونما تحوط من السيارات. وربما يجد صعوبة في مقاومة والتحكم في النزوات المعادية للمجتمع كالسرقة والكذب.

فرط النشاط

يعني فرط النشاط أشياء كثيرة بالنسبة إلى الطفل في أعمار مختلفة. وبوجه عام فإن الأطفال مفرطي النشاط يبدون في حراك دائم وعاجزين عن المكث في مقاعدهم. وقد يتململون بشدة ليظهر ذلك في شكل حركات زائدة. ولعلهم يتلوون ضيقاً وتبرماً بشكل ملفت ويتحدثون باستمرار، كما يجدون صعوبة في اللعب بهدوء.

أعراض أساسية أخرى

هنالك خصائص سلوكية ومزاجية أخرى غير موجودة في قائمة الدليل – DSM III-R قد تتصل بالفعل بجوهر الظاهرة مقارنة بما تضمه القائمة من خصائص، ذلك أن العديد من الأطفال ذوي نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط يتسمون بكثرة التقلبات المزاجية. وهم أصحاب عتبة فارقة منخفضة، ما يجعلهم يستثارون انفعالياً بشدة. لذا فإنهم لا يتمتعون إلا بالقدر الضئيل من تحمل الإحباط والمزاج الحاد. ويبدو من خلال تصرفاتهم أنهم يحاولون جذب انتباه الآخر، فتجدهم يلعبون كثيراً دور المهرج بالفصل أو يبدون سلوكيات مضجرة لجذب الانتباه. وقد يجدون صعوبة في التوافق مع المواقف الجديدة ومعاناة بالغة في اتباع التعليمات. زد على ذلك أن كثيرين منهم تكون دافعيتهم ضعيفة، كما يفتقرون إلى الرغبة في إدخال السرور على معلميهم وأولياء أمورهم.

مشكلات مصاحبة

يمكن أن تكون كل هذه الخصائص السلوكية والمزاجية أعراضاً أساسية حينما تكون في جوهر ما يوجد المشكلات في حياة الطفل. بيد أن نسبة قليلة نسبياً من الأطفال يبدون هذه الأعراض الأساسية وحدها. ويعاني معظمهم من واحدة أو أكثر من المشكلات المصاحبة مثل صعوبات التعلم أو السلوك المتمرد أو الاضطرابات السلوكية أو الاضطرابات المزاجية أو اضطراب القلق.

وليس من السهل دائماً فصل المشكلات المختلفة التي تتشبث بالطفل نظراً لأن كل مشكلة تؤثر في الأخريات وتتفاعل معها، كما أن الأهمية النسبية لأية مشكلة قد تتغير بمرور الوقت. فعلى سبيل المثال، لو أن هنالك طفلاً يعاني نقصاً في الانتباه ويعاني من صعوبات كما أنه قلوق فإنه من الصعب عندئذٍ معرفة ما إذا كان قلقه ينجم عن صعوبات التعلم لديه وما إذا كانت بدورها نتيجة لعدم قدرته على الانتباه، أم هل هو في الأساس طفل قلوق بحيث ينجم عدم انتباهه وصعوبات التعلم لديه عن قلقه؟ على أية حال، فإنه لا بد من التعامل مع المشكلات الثلاث جميعاً. ويهدف التشخيص إلى تحديد أهم المشكلات وأكثرها قابلية للعلاج. ويتضمن مشوار العلاج في بعض الأحيان التعامل مع مشكلة واحدة أولاً قبل تناول الأخريات.

صعوبات التعلم

قد تصل نسبة شيوع صعوبات التعلم بين الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط إلى نحو ٣٠-٤٠٪ وفقاً لما قرره بعض الباحثين. ولعل هذا يمثل فقط قمة جبل الجليد العائم، ذلك أن معظم الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط يعانون من مشكلات في التعلم. وفي الواقع فإنه غالباً ما تكون الصعوبات المدرسية عامة بين أطفال هذه الفئة، وهي تكون غالباً السبب الرئيس للإحالة إلى العلاج.

ومن الأهمية بمكان لدى تقييم صعوبات التعلم عند الأطفال أن يجري تحديد ما إذا كان الطفل يعاني من صعوبة تعلم نوعية أو ما إذا كانت هنالك ثمة مشكلات أخرى تعوق قدرته على التعلم. فعلى سبيل المثال، يمكن لنقص الانتباه والتشتت والاندفاعية وضعف تحمل الإحباط والتقلب المزاجي أن تؤدي جميعاً إلى صعوبات تعلم. وعلى العكس من ذلك فإن صعوبة التعلم تنزع إلى أن تكون ضعفاً نمائياً داخلياً يؤثر في قدرة الطفل على التعلم. ويمكن لصعوبة التعلم بدورها أن تؤدي إلى أن يصبح الطفل محبطاً ضعيف الانتباه ومشتتاً.. إلخ. وحينما يبدي الطفل أعراض اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ويعاني أيضاً من صعوبات تعلم، فإنه يصعب في أغلب الأحيان تحديد المشكلة الأساسية أي ما إذا كانت مشكلات الطفل الانتباهية والسلوكية الأخرى تؤدي إلى صعوبات تعلم، أو ما إذا كانت ثمة صعوبة تعلم نوعية تؤدي إلى عدم استقراره في مكانه واندفاعيته ومشكلات انتباهية كمشكلات ثانوية. ومن الأهداف الرئيسة للتقييم التشخيصي أن يتم فرز الاثنين بحيث يمكن إعداد التدخل الأمثل بشكل مناسب (انظر الفصل السادس).

إن الطفل ذا الصعوبة في التعلم هو الطفل الذي يعاني في واحد أو أكثر من مجالات التعلم نظراً للاختلاف في الطريقة التي يتلقى بها دماغه المعلومات ويعالجها.

من جهة ثانية فإن صعوبات التعلم لا تدل على ذكاء منخفض، بل على العكس من ذلك فإن فقط الأطفال الذين لديهم على الأقل مستوى ذكاء متوسط أو قريب من المتوسط يمكن القول بأنهم يعانون من صعوبات في التعلم (جدير بالذكر أن الأطفال ذوي الذكاء دون المتوسط يشار إليهم على أنهم متخلفون عقلياً بدرجة متوسطة معتدلة إلى حادة).

وفي حقيقة الأمر فإن الأطفال ذوي صعوبات التعلم قد يكونون مرتفعي أو حتى حادي الذكاء. وقد تؤثر صعوبة التعلم في قدرة الطفل على فهم وتكامل المعلومات وتذكرها وتمثيلها والتعبير عنها. ويتبدى ذلك غالباً في سني المرحلة الأساسية الباكرة حينما يتراجع أداء الطالب في المدرسة لما دون قدرته الفطرية أو

المدركة. ويمكن أن تؤثر صعوبات التعلم في أوجه كثيرة من عملية التعلم. إذ إن بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات في الإدراك السمعي والبصري. ويجد آخرون منهم صعوبة في فهم أو تنظيم المعلومات التي يتلقونها. ويعاني البعض منهم من صعوبات في التذكر. أيضاً فإن نسبة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات في التواصل إما بسبب مشكلات لغوية أو نظراً لمشكلات حركية تؤثر في الكتابة.

جدير بالذكر أن بعض صعوبات التعلم تشبه اضطرابات نقص الانتباه. فنجد سبيل المثال أن الطفل الذي يبدو غير مستمع بالمرة، ربما يبدو غير منتبه لكنه في حقيقة الأمر قد يكون عاجزاً عن التركيز على ما يقال أو سماعه. وقد يكون ذلك الطفل ذا صعوبات في الإدراك السمعي ما يجعله يواجه صعوبة في تمييز الاختلافات الدقيقة بين الأصوات. وقد تتداخل عنده الأصوات التي تصدرها، أو ربما يعجز عن التقاط صوتك من بين أصوات أخرى في البيئة.

وتصبح صعوبات التعلم ظاهرة في أغلب الأحيان لدى أطفال المدرسة ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط وذلك حينما يبدؤون في الشعور بصعوبة في الأنشطة اللفظية بما في ذلك القراءة و/ أو الكتابة. وهنالك شريحة أخرى من الأطفال ذوي أعراض اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط يمكن أن يجري تشخيص حالتهم بوصفها صعوبات تعلم غير لفظية. جدير بالذكر أن الصعوبات غير اللفظية تؤثر في الإدراك البصري والوظائف الحركية/ البصرية (في مهام مثل الكتابة) وتنظيم المعلومات البصرية.

هذا ويتسم الأطفال ذوو صعوبات التعلم غير اللفظية بعدم الانتباه وعدم النظام، ويكونون منسحبين اجتماعياً وقلوقين إلى حد كبير مقارنة بالأطفال الآخرين من ذوي صعوبات التعلم. لكنهم بسبب قدرتهم على القراءة والقيام بالعمليات الحسابية بدرجة معقولة، فإن صعوبة التعلم عندهم قد لا تكتشف ولا تعالج. وقد تعزى صعوباتهم بدلاً من ذلك إلى عدم الانتباه أو التشتت أو نقص الدافعية. وقد تمثل هذه

الزمرة من الأعراض فئة فرعية خاصة من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط.

وأياً كان نوع صعوبة التعلم التي يعانيها الطفل فإنها قد تؤدي إما إلى إحباط وعدم انتباه أو قد تتوارى خلف سلوك عدم الانتباه وفرط النشاط الذي يكون ظاهراً أكثر. وتتداخل مشكلتا صعوبة التعلم ونقص الانتباه بحيث يعتقد بعض الباحثين أنهما وجها عملة واحدة لتمثل صعوبة التعلم الوجه المعرفي للمشكلة بينما ينصرف الوجه السلوكي لنفس المشكلة إلى اضطراب نقص الانتباه. وليست المشكلة في أيهما الأكثر حدة أو أساسية، ذلك أن معظم الأطفال يحتاجون الانتباه من أجل حل كل من مشكلات التعلم ومشكلاتهم السلوكية.

من جهة أخرى فإن صعوبات التعلم قد لا تتم مواجهتها بشكل مناسب حينما لا يسع الطفل أن يولي الانتباه اللازم. وإذا كانت صعوبة التعلم تسهم في نقص انتباه الطفل فإن مواجهة صعوبة التعلم يمكن أن تساعد في تخفيف حدة نقص الانتباه.

اضطرابات السلوك وسلوك التمرد

يبدي العديد من الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط بعض السلوك المتمرد، ما يعني رفض الانصياع لمطالب الوالدين أو المعلمين والمماطلة والثورة عند الغضب والتحدي الدائم للكبار. ويمكن وضع هؤلاء الأطفال تحت فئة «اضطراب التمرد» إذا أضحى سلوكهم التمردي معضلة.

وتتبدى ثمة مشكلة خطيرة أخرى لدى إبداء الطفل سلوكاً معادياً للمجتمع موجهاً نحو زملائه من قبيل أن يكون عدوانياً أو أن يسرق. ويتطابق هذا السلوك الأكثر حدة وفداحة مع تشخيص «اضطراب السلوك». ووفقاً لنواميس الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية لجمعية الطب النفسي الأمريكية فإن العرض الرئيس لاضطراب السلوك إنما يتمثل في تجاهل الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير الاجتماعية المهمة.

إن تداخل اضطرابات السلوك مع اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط كبير، حتى أننا لنجد أن نحو من ثلث إلى نصف الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية يعانون أيضاً من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط. ويكون هؤلاء الأطفال أكثر اندفاعية وأكثر عدوانية لفظية وبدنية وأكثر عدائية وأقل تعاطفاً مقارنة بالأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط بدون وجود اضطرابات سلوكية. وتجدهم ربما يكذبون ويسرقون ويتشاجرون ويضرمون النيران ويلوذون بالفرار. وتجد الأطفال المضطربين سلوكياً على حافة مخاطر محدقة تقودهم إلى مشكلات طويلة الأمد لتشمل جنوح الأحداث والسيكوباتية وإدمان الكحوليات والمخدرات.

وفي حين يكون الطفل ذو الاضطرابات السلوكية عرضة إلى خطر المشكلات المستقبلية إلى حد كبير، إلا أن ذلك لا ينسحب على الطفل ذي السلوك التمردي أو المشاغب. إذ إن الأطفال المتمردين ليسوا ببساطة عند الأعتاب الأولى لاضطراب السلوك وليس بالضرورة أن يكونوا مادة للاضطراب.

الاضطرابات المزاجية

تشمل الاضطرابات المزاجية الاكتئاب والاضطرابات النفسية والاضطراب ثنائي القطبية في بعض الأحيان (الذي تشيع تسميته بمرض الهوس الاكتئابي). ويتسم الاكتئاب عند الكبار بالحزن والتعب، والشعور بالضياع والأرق وذلك ضمن خصائص أخرى. هذا بينما قد يظهر الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين في شكل قابلية للاستثارة. ويمكن أن يسبب الاكتئاب عند كل من الأطفال والكبار فقداناً للتركيز الذي قد يشبه عدم الانتباه. أما الاضطرابات النفسية فهي أقل حدة من الاكتئاب وهي تظهر كحالة مزمنة من ضعف تقدير الذات والمشاعر السلبية للفرد حول قدراته. ويمر الأشخاص ذوو الاضطراب ثنائي القطبية بفترات متبادلة بين الاكتئاب والهوس. وقد يبدو الفرد خلال فترة الهوس مفرط النشاط مشتت الانتباه. لكن الاضطراب ثنائي القطبية نادراً ما يشخص عند الأطفال. وحينما يعاني الطفل اضطراباً مزاجياً بالإضافة إلى اضطراب نقص

الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط فإن مشكلاته تصبح مرشحة للتفاقم والتضخم. ولكننا نكرر للمرة الثانية أنه من الصعب فصل المشكلتين عن بعضهما البعض.

اضطرابات القلق

يوجد بالنسبة للأطفال ثلاثة أنماط رئيسة من اضطرابات القلق قد توجد وتصاحب اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط أو تحاكيه وهي: اضطراب فرط القلق للأطفال واضطراب قلق الانفصال واضطراب ضغط ما بعد الصدمة. ويكون الأطفال القلقون عامة متوترين جداً وعلى درجة عالية من الوعي بالذات، كما أنهم يتسمون بالخوف والارتياب بشكل غير عادي وغير منطقي. وقد تعتريهم أعراض بدنية مثل آلام المعدة والصداع في الرأس. وبالنسبة إلى الأطفال الذين يبدون قلقاً زائداً بشأن المستقبل أو اهتمامات مفرطة خاصة بالسلوكيات الماضية فإنه يمكن القول أنهم مفرطو القلق. أيضاً فإن الأشخاص الذين يصبحون مفرطي القلق حينما يواجهون الانفصال عن شخص مهم أو شيء عزيز في حياتهم فيمكن القول أنهم يعانون من اضطراب قلق الانفصال. هذا وتشيع ردود أفعال الانفصال عند الأطفال الصغار، لكنها حينما تتشبث بالطفولة الباكرة السابقة فإنهم قد يبدون اضطراب القلق.

وقد ينشأ اضطراب ضغط ما بعد الصدمة كنتيجة للانفصال أو الفقدان أو الإصابة أو الإدمان أو ثمة حدث أزمي آخر في حياة الطفل.

ويصعب في أغلب الأحيان التعرف إلى اضطرابات القلق لأنها تتداخل مع سلوكيات مشكلة كثيرة جداً. فنجد على سبيل المثال أنه غالباً ما يمتزج القلق بالاكتئاب وعدم الانتباه والتشتت. ويمكن أن يؤدي الاكتئاب وعدم الانتباه والتشتت إلى القلق، أو قد يؤدي القلق إلى عدم الانتباه والتشتت. ويعمل علاج مشكلة الانتباه على التخلص من القلق في بعض الأحيان، في حين يكون القلق أحياناً المشكلة الرئيسة وهو ما يعقد علاج اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط أو الاكتئاب.

مشكلات مصاحبة أخرى

ربما يبدي الأطفال والمراهقون والراشدون ذوو اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط مشكلات أخرى قد تعقد العلاج أو تؤثر في المآل مثل:

اضطرابات الشخصية

لا يجري تشخيص اضطرابات الشخصية عند الأطفال لأنها وفقاً لتعريفها يمكن أن تظهر فقط بعد تشكل الشخصية بالكامل والذي يحدث أحياناً أثناء المراهقة. أما اضطراب الشخصية الذي يشيع اقترانه باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط فهو الشخصية المعادية للمجتمع. ويواجه الأطفال ذوو الاضطرابات السلوكية احتمالاً كبيراً بأن يكونوا معادين للمجتمع أثناء المراهقة. والشخص المعادي للمجتمع هو من يحتمل أن يبدي سلوكيات إجرامية كالسرقة دون أي شعور بالذنب.

إدمان المخدرات

يصاحب إدمان المخدرات غالباً الكثير من المشكلات الأخرى الواردة هنا بما في ذلك اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط. لكننا نكرر مرة أخرى أنه يصعب غالباً تحديد المشكلة التي تأتي أولاً. فعلى سبيل المثال، نجد أن إدمان المخدرات يحدث أحياناً نتيجة لوجود اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط والذي لم يتم علاجه، وذلك ضمن سعي الأفراد لالتماس مهرب من مشكلاتهم الطاحنة. وينجم إدمان المخدرات بالنسبة لآخرين من محاولة الأشخاص علاج أنفسهم من سلوكياتهم غير المدركة الشبيهة باضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط الحركي. ويتداخل أيضاً إدمان المخدرات إلى حد كبير مع الشخصية المعادية للمجتمع رغم أن بعض المدمنين ينجرفون إلى سلوكيات معادية للمجتمع فقط كوسيلة لدعم إدمانهم.

مشكلات التآزر

يعاني نحو نصف الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط أيضاً من مشكلات في التآزر تؤثر في مهاراتهم الحركية الكبيرة أو الدقيقة. فقد يعانون من ضعف التآزر بين العين واليد أو يبدون عشوائيين غير متناسقين. وبينما لا يكون هذا إعاقة عقلية ولا يكون صعوبة أو مشكلة سلوكية، إلا أنه يضاف إلى مشكلات الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط وخاصة البنين لنجد في النهاية أن الأطفال الآخرين قد يضايقونهم ويهزؤون بهم وينبذونهم ولا يشركونهم في ألعابهم ورياضاتهم. وعلى العكس من هذا فإننا نجد أن الموهوب رياضياً يمكن أن يقطع شوطاً طويلاً في تعويض مهاراته الاجتماعية الضعيفة وخاصة البنين.

اضطرابات الخلجات/اللزمات العصبية ومتلازمة توريت

يعتري أيضاً بعض الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط اضطرابات الخلجات/ اللزمات العصبية أو التشنجات/ التقلصات العضلية اللاإرادية وخاصة في الوجه. وهي تتراوح بين شد/ انقباض أو ارتعاش متوسط للعين وحركات معقدة أكثر وتشمل رعشة أو قفزاً. وقد تكون اللزمات صوتية في طبيعتها وتتراوح بين نحنحة الحنجرة أو الشخير وإتيان أمور بذيئة أو قذرة بشكل لا إرادي. جدير بالذكر أن الكثير إن لم يكن معظم الأشخاص يشهدون خلجات/ لزمات عصبية متوسطة عارضة في بعض الأحيان من حياتهم. وتنشأ لدى نسبة أقل من الأشخاص لزمات عصبية حركية مزمنة. ويطلق على اضطراب تشنج العضلات الأكثر حدة متلازمة توريت ويشمل العديد من اللزمات الصوتية والحركية التي تدوم لأكثر من عام.

ويعاني نحو ٤٠٪ إلى ٦٠٪ من الأطفال المصابين باللزمات أيضاً من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط رغم أن ٢٠٪ فقط من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط لديهم أيضاً اضطرابات اللزمات. وتكون اضطرابات اللزمات العصبية هذه معتدلة عادة ولا توجد سوى

نسبة صغيرة من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط يعانون من متلازمة توريت بشكل عام.

ويتشكك باحثون كثيرون في أن كلاً من اضطرابات نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط واللزمات العصبية تنشأ من نفس الاضطراب الكيميائي العصبي. ذلك أن اللزمات العصبية تظهر عامة بين سن سبعة وعشرة أعوام وذلك بعد مضي سنوات عدة على ظهور الأعراض المقترنة باضطرب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط. وقد تسوء حينما يتم تعاطي الريتالين أو أي عقار منبه آخر.

حالات نفسية مرضية اخرى

قد توجد أيضاً حالات نفسية مرضية أخرى بجانب اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط مثل الفوبيا واضطرابات الأكل واضطراب الوسواس القهري. ويعد اضطراب الوسواس القهري OCD نوعاً من اضطراب القلق الذي فيه يصبح الأشخاص المصابون مركزين بشكل قسري على جانب ما من حياتهم مثل النظافة. ولا يظهر السلوك الوسواسي القهري عادة قبل سن المراهقة. وقد يبدي الأطفال الأصغر المصابون بالوسواس القهري سلوكيات تشبه اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط من عدم انتباه وتشتيت. ويوجد اضطراب الوسواس القهري في نحو ثلثي المرضى المصابين بمتلازمة توريت، ما أدى إلى الشك في ارتباطهما أو أنه من المحتمل أن تكون ثمة مظاهر مختلفة لنفس المشكلة الأساسية.

ويرجح بعض الباحثين أن يعكس اضطراب الوسواس القهري الجوانب الشعورية والإرادية، وأن تعكس متلازمة توريت الجوانب اللاشعورية واللاإرادية لنفس الخلل العصبي الوظيفي.

جدير بالذكر أن المرضى المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط غير المشخص ما أدى إلى الاكتئاب والإحباط، قد يصابون في النهاية باضطراب الأكل نتيجة لذلك.

وتعد الفوبيا الأكثر شيوعاً لدى الأطفال سواء أكانوا مصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط أم لا هي الخوف من الانفصال أو الظلام. وتنمو هذه الظاهرة لدى أغلبية الأطفال في الصغر. ويخاف بعض الأطفال من المواقف الاجتماعية ويتجنبونها، ويمكن أن يوصفوا كأطفال صغار بأنهم متجنبون.

وإذا لم تتم مواجهة المشكلة في وقت لاحق فقد تنمو لديهم فوبيا اجتماعية أكثر خطورة تعوقهم بالفعل عن التفاعل مع الآخرين. ورغم أن اضطراب التجنب/ الفوبيا الاجتماعية يمكن أن يصيب أي طفل، لكنه يوجد بنسبة كبيرة بين الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط. وقد يمثل في الواقع شريحة مستقلة من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط.

مشكلات أخرى قد تصاحب اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

يوجد اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط لدى الأطفال المصابين باضطرابات النوبات التشنجية أو التخلف العقلي. وقد تنجم في كلتا الحالتين مشكلات الانتباه عن نفس الإصابة الدماغية التي أدت إلى النوبات التشنجية أو التخلف (انظر الفصل الثالث). أو قد تظهر أعراض اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط لدى المرضى ذوي اضطرابات النوبات التشنجية كعرض جانبي لعقار ما مضاد للتشنج، ما قد يرسب أو يفاقم من أعراض اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط.

وبالإضافة إلى ذلك فإن بعض الأطفال الذين يرجح أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ينتهون إلى أن يمروا بأنماط معتدلة من النوبات التشنجية التي تبدو كعدم انتباه. وقد يزيل علاج اضطراب النوبات التشنجية لهؤلاء الأطفال الأعراض الشبيهة بأعراض اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط. ولكي تشخص حالة الطفل المتخلف عقلياً بأنها اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط فإنه لا بد أن يتم اعتبار أعراضه من عدم انتباه

واندفاعية وفرط نشاط غير مناسبة بالنسبة إلى عمره العقلي أو النمائي وليس عمره الزمني.

مشكلات ثانوية

أياً كانت منظومة الصعوبات والمشكلات التي تواجه الطفل ذا اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط فإنها قد تتضافر معاً لتولد مشكلات عدة تشمل تدني التحصيل والاكتئاب وانخفاض الدافعية وضعف تقدير الذات. هذا وتعتمد طبيعة وقوة مشكلات الطفل على تفاعل الأعراض وحدتها. ولتوضيح ذلك، تأمل حالة إليوت وسام.

الوجه المتغير لاضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط

تبين حالتا إليوت وسام أن هذا الاضطراب ليس فقط يختلف من طفل لآخر لكنه يتغير ويختلف أيضاً اعتماداً على عمر الطفل. لقد اعتبر المعلمون سام ذا السنوات الخمس «غير ناضج». وكانت مشكلاته سلوكية في الأساس وغير مرتبطة بالقدرات المعرفية أو المشكلات الانفعالية. لكن إليوت ١٥ سنة كانت لديه مشكلات كثيرة تمثلت في اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط، واللزمات/ الخلجات العصبية، والإعياء العقلي، واضطرابات سلوكية. وقد ترعرع الاكتئاب والغضب في إليوت لنحو عشر سنوات ما أوصله إلى نقطة فاصلة. وكان يتحدث عن الانتحار، وقد تلقى علاجاً في المستشفى لعدة أسابيع. ويمثل إليوت مثالاً صارخاً لكيف يمكن لمشكلات الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط أن تتفاقم عبر الزمن.

إليوت

يبلغ عمر إليوت خمس عشرة سنة، وقد تلقى علاجاً لاضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط منذ أن كان عمره ست سنوات. وقد تواترت عليه لزمات مخيفة تمثلت في نظرات مسعورة وتكشيرات حادة قاسية لا قبل له بالسيطرة عليها. ورغم أنه صبي لامع إلا أن نقص انتباهه وفرط نشاطه أديا إلى مشكلات دراسية، وقد

كان يوبخ بسبب لزماته، وكان يشعر بالفشل والغضب من زملائه، كما كان مكتئباً معظم الوقت. وقد تدهور سلوكه إلى حد استدعى طرده من المدرسة مرات عدة.

سام

يبلغ عمر سام خمس سنوات، ويبدو لا يسمع أو يستمع حينما يكلمه أحد. وتجده في الفصل يتكلم بدون تفكير، ويجد صعوبة في المكث في مقعده ولا ينتظر دوره. وقد اختصه معلموه في الحضانة بردح كبير من اليوم في الاستجابة لسلوكياته الغريبة مرددين التعليمات مرات ومرات، ومحاولين تنظيمه لدى كسره القواعد. وقد كانوا في بعض الأحيان يقومون بمحاولة تجاهله فقط. ويعلم الأطفال الآخرون أن سام «صبي سيئ» في الفصل. وهم يتجنبونه لأنه لا يبغي المشاركة ولأنه يميل إلى اللعب بخشونة بالغة مع الكثير منهم. وبينما ينخرط الأطفال الآخرون في ممارسة مهارات الاستعداد القرائي تجد سام يهيم على وجهه نحو الفناء، وقصارى معلميه الابتهاج فقط لابتعاده! ورغم أن عمره خمس سنوات فقط ويعاني من مستوى معتدل من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط، لكنه على وشك السقوط في خطر الفشل الدراسي نظراً لعدم انتباهه وبسبب سماح معلميه له بتجنب العمل المدرسي بحيث يمكنهم تجنب المشاحنات. وهو يبدي علامات التقدير الضعيف للذات، ويرى نفسه «سيئاً» أحياناً، ويقلق بسبب أن الأطفال الآخرين لا يحبونه. كما أنه يحاول جذب الانتباه عبر التهريج وأحياناً من خلال دفع أو ضرب الأطفال الآخرين. لكن هذين السلوكين لا يجلبان له سوى المزيد من الإقصاء والعقاب من قبل معلميه وأصدقائه.

> رغم أنه يعتقد أن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط غير مكتسب، إلا أنه يغلب ألا يتم تشخيصه قبل سن الخامسة أو السادسة. ويمكن أن تساعد ثمة عوامل عدة في تفسير هذا الوضع؛ إذ ليست أعراض هذا الاضطراب سلوكيات مناسبة نمائياً ومثال ذلك مستوى نشاط طفل عمره تسع سنوات والذي يتناسب أكثر مع سن ست سنوات أو سبع سنوات. وعند الأطفال الصغار، فإن المظاهر غير العادية لأي من الأعراض الرئيسة يتعذر ملاحظتها حتى تصبح حادة.

ويميل نقص الانتباه إلى الظهور في السنوات الباكرة لأن ثمة مطالب قليلة تواجه عادة مدى انتباه الأطفال الصغار عندئذٍ. ويشيع وجود فرط النشاط والاندفاعية كثيراً عند الأطفال الصغار لما كانت الجوانب غير الطبيعية لا تهتك قناعها إلا عندما تصبح فجة متطرفة.

أما السبب الثاني وراء ندرة تشخيص ثمة اضطراب عند الأطفال فهو أنه يغلب أن تصبح السلوكيات مشكلة فقط حينما يواجه الطفل بيئة المدرسة. ففي البيت، تجد أولياء أمور كثيرين يهيئون البيئة لتناسب مزاج الطفل. وكثيراً ما لا يكون أولياء الأمور هؤلاء مدركين أنهم اصطنعوا تلك التهيئة. وقد يتقبلون سلوك فرط النشاط بفكر (الأولاد سيكونون أولاداً) ويذهبون لتعديل تنظيم بيتهم بحيث لا يضر الطفل نفسه أو مكان عيشه. أيضاً فإن القليل من أولياء الأمور الجدد تكون لديهم خبرة كبيرة مع ما يشكل السلوك الطبيعي مفرط النشاط عند الطفل الصغير.

وحينما يخبر المعلم أمثال أولياء الأمور هؤلاء أن طفلهم مفرط النشاط بشكل غير عادي، فإنهم غالباً ما يشردون قائلين «نعم هو كذلك دوماً.. لكني أعتقد أن معظم الأطفال الصغار كذلك».

ثمة عامل آخر يسهم في ندرة التشخيص قبل التحاق الطفل بالمدرسة يتمثل في الاختلاف الهائل في السلوك الطبيعي بين الأطفال الصغار. فعند سن الثالثة يكون لدى الكثير من الأطفال مقادير هائلة من الطاقة، ويكون كل هؤلاء الأطفال طبيعيين. وعند سن السادسة أو السابعة فإن هؤلاء الأطفال يبدون أقل تبايناً ويتبدى الطفل مفرط النشاط كياناً مختلفاً عن الآخرين.

ورغم هذا فإن بعض الأطفال يشخصون ويعالجون قبل سن الخامسة. ويغلب أن يكونوا أطفالاً مفرطي النشاط. وحينما نراجع السنوات الباكرة في حياة الأطفال الذين تم تشخيص حالتهم فيما بعد على أنها اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط فإنه ترتسم صورة لطفل يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط. (لا يجب أن ننسى أنه لا يوجد طفلان يعانيان من هذا الاضطراب

يكونان متطابقين تماماً.. وسواء أوجدت أي من هذه الخصائص السلوكية أم لا فإنها لا تقول شيئاً عما إذا كان الطفل لديه هذا الاضطراب أم لا).

ولكونهم أطفالاً، فإن الأطفال الذين لديهم ذلك الاضطراب قد يكونون ممن يصعب إرضاؤهم ويكونون كثيري التبرم والإحساس بمغص. ولا يأكل بعضهم إلا القليل ويكون لديه عادات غير مريحة في النوم. وهم يكونون في الغالب نشيطين جداً وتنضج أجسادهم مبكراً فتجدهم يتعلقون بما أمامهم ليقفوا ويتسلقون السرير ويهبطون منه ويمشون أو يركضون مبكراً قياساً بأقرانهم. فعلى سبيل المثال نجد أن الطفل داني تصفه والدته بأنه «تورنادو». وبشكل عام فإن مستويات النشاط تزداد حتى سن الثالثة، لكن الأطفال حينئذٍ يبدأ مستوى نشاطهم هذا في النقصان بعض الشيء.

ونجد لدى وصول الطفل محطة المراهقة أن فرط النشاط كثيراً ما يكف عن كونه مشكلة.

ومع وصول الطفل إلى سنوات الحضانة أو ما قبل المدرسة فإن نشاطه المفرط ومدى انتباهه القصير وتحمله الضعيف للإحباط وصعوبة توافقه مع المواقف الجديدة عوامل تبدأ في توليد مشكلات له في الانسجام مع الأطفال الآخرين.

وتتبعه هذه المشكلات في المرحلة الأساسية، كما تتفاقم بفضل مشكلاته في الأداء المناسب في حجرة الدراسة. ويكون الطفل كثير المقاطعة في الغالب وغير متعاون ولا يمكنه الالتزام بقواعد الفصل الدراسي. ويحتمل كثيراً أن يزداد إحباطه يوماً بعد يوم نظراً لوجود صعوبة في التعلم تعترضه على رأس مشكلاته الانتباهية. ومع مرور سنوات المرحلة الأساسية، فإن المهام الملقاة على عاتق انتباهه تزداد ويبدأ أداؤه الدراسي في التدهور بشكل تصاعدي. وقد تبدأ في الظهور عليه أيضاً علامات ضعف تقدير الذات والاكتئاب والإحباط المتزايد.

وتضع المراهقة كومة جديدة من العراقيل في طريق الطفل. ولقد كان يعتقد منذ سنوات خلت أن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط يختفي لدى

وصول الطفل إلى محطة البلوغ. بيد أن هذا ثبت عدم صحته. فرغم أن فرط النشاط قد يتلاشى مع مرور الزمن، إلا أن نقص الانتباه والاندفاعية تتشبثان بصاحبهما غالباً، كما يمكن أن يتضاعفا بفعل تجارب الفشل السابقة والإحساس الضعيف بتقدير الذات وضغوط المراهقة الأخرى. ويمكن أن يبرز السلوك المعادي للمجتمع في هذه المرحلة.

البنات ذوات اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط

يمكن أن تنطبق جميع الخصائص السابقة على البنات والبنين على حد سواء، لكن بعض الباحثين يذهبون إلى أن البنات اللاتي لديهن هذا الاضطراب تبدين غالباً منظومة من المشكلات أو الصعوبات مختلفة بعض الشيء. فتجدهن أكثر قلقاً وذوات صعوبات معرفية أكثر حدة. كما تكن في ذات الوقت أقل فرطاً في النشاط وأقل عدوانية بدنية وأقل عرضة أو قابلية لتغير المزاج. وحيث إن العدوانية تكون في الغالب الخاصية التي تسوق الأطفال إلى العلاج، فإن بعض الفتيات ذوات اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط والمؤهلات لأن تتولد لديهن مشكلات دراسية وذوات تقدير منخفض للذات وصعوبات انفعالية قد لا يتم اكتشافهن.

الأنماط الفرعية

يلقي التباين الواسع في سلوك الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية بإشكاليات جمة في وجه الأطباء وأطباء الأطفال النفسيين والأخصائيين النفسيين وأولياء الأمور الذين يحاولون تحديد مدى صحة تشخيص هذا الاضطراب للطفل. كما يضع عقبات في طريق محاولة الباحثين التفعيل التطبيقي والبراجماتي للميدان.

ولقد بذلت محاولات كثيرة لتحديد الأنماط الفرعية لهذا الاضطراب أملاً في أن يتيح تصنيف الأطفال وفقاً للنمط الفرعي للباحثين العمل مع فئات من الأطفال تكون أكثر تجانساً، ما قد يؤدي بالتبعية إلى معلومات أكثر تحديداً ووضوحاً. كما يرجى من خلال التصنيف إلى فروع أو أنماط إيجاد علاجات تكون أكثر ملاءمة واتساقاً مع زمرة الأعراض الخاصة التي تتشبث بالطفل.

بيد أن ما يؤسف له عدم وجود إجماع عام على التصنيف إلى أنماط. ورغم هذا فإن شرائح قليلة من الأطفال يبدون أعراض نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ويتسمون بخصائص نوعية أخرى تتطلب انتباهاً خاصاً. وقد فتح ذلك الباب أمام تصنيفات فضفاضة كثيرة.

اضطرابات الانتباه بدون فرط النشاط

إن بعض الأطفال الذين شخصت حالتهم بوصفها اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط ليسوا مفرطي النشاط. وقد شكل هؤلاء الأطفال لغزاً أمام المعالجين. ويشعر البعض أن هؤلاء الأطفال يختلفون عن الأطفال الآخرين ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط الحركي أكثر منهم يشبهونهم، ومن ثم فإنهم يمثلون فئة مستقلة.

ورغم أنهم استرعوا انتباه أولياء الأمور والمعلمين لأسباب عدة خاصة بالنسبة إلى الفشل الدراسي، إلا أن السلوكيات «غير الطبيعية» تنزع إلى أن تكون داخلية أكثر منها خارجية.

بعبارة أخرى، فإنهم يكونون أكثر كسلاً وقلقاً وخجلاً، وأقل اندفاعاً وتشتتاً وعدوانية. وتشخص نسبة أقل من هؤلاء الأطفال على أنهم يعانون من اضطرابات سلوكية. ولا يرجح كثيراً أن يشهدوا نبذاً اجتماعياً قياساً بالأطفال مفرطي النشاط ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط الحركي. وحيث إنهم ليسوا مفرطي النشاط فقد لا يعتبرون مصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط على الإطلاق. وبالتالي فإنه غالباً ما يؤخذ عليهم عدم المحاولة ويكونون معرضين لخطر محدق من الاضطراب الدراسي وتدني مفهوم الذات.

وتشير أيضاً البحوث الحديثة إلى أنهم يستجيبون بشكل ضعيف للعلاجات المنبهة نفسياً. وبذا فقد لا يكون العلاج القياسي فعالاً حتى إذا شخصت حالتهم بوصفها اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط.

اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط والموهوبون عقلياً

تغطي فئة الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط المدى الكامل من مستويات الذكاء جميعاً بما في ذلك من يعتبرون «موهوبين عقلياً». وعامة فإنه كلما كان مستوى ذكاء الطفل مرتفعاً كلما كانت وضعيته أفضل لأنه يمكنه في الغالب توظيف ذكائه لتعويض صعوباته الأخرى. لكنه رغم أن الأطفال «الموهوبين عقلياً» يمكنهم النجاح من خلال جهد كبير وذكاء حاد إلا أنهم قد يعانون لأن معلميهم يفشلون في فهم صعوباتهم، وربما يوبخونهم لضعف دافعيتهم. ويضطر مثل هؤلاء الأطفال إلى مواجهة مشكلات تنظيمية وقد يستهلكون وقتاً طويلاً في إنجاز المهام. أيضاً فإنهم قد يعانون كثيراً في دائرة تقدير الذات لأن الآخرين يرونهم منخفضي التحصيل وكسولين بينما ينبغي أن يكونوا لامعين دراسياً.

توقعات للأطفال المصابين بنقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط

قد يظل الوالدان غير واثقين في مدى ما يمكنهم توقعه من صغيرهما رغم تنامي معرفتهما بما يعنيه تشخيص حالة الطفل بأنها اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط واكتسابهما فهماً أفضل وتقديراً لمشكلاته وصعوباته. فعلى سبيل المثال، حينما يخفق الصغير في مهمة ما فقد يسأله أبواه عما إذا كان ذلك مرجعه إلى عجزه عن القيام بالمهمة أم لأنه لا يريد القيام بها. وفي ثمة مواقف كهذه فإنه يكون من الأجدى أن تعاد صياغة السؤال ليصبح: «هل ذلك بسبب أنه ليس لديه المهارات اللازمة والمعرفة الضرورية، أم لأنه لا يستخدم المهارات والمعرفة بشكل بناء؟». فمن خلال إعادة صياغة السؤال يمكن أن يرى الوالدان مدى الارتباط القوي للجانبين بحيث تكون الإجابة: «كلاهما». وحتى إذا كانت مشكلة الطفل تكمن في استخدام المهارات التي لديه فإن تلك المشكلة تمنعه من اكتساب مهارات جديدة، وبذا فإنه تتعقد مشكلاته.

وهكذا فإنه ينبغي أن يعيد والدا الطفل التفكير في توقعاتهما. فعلى سبيل المثال ربما يكون من الحكمة أن نتوقع من طفل يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصاحب

بفرط النشاط إتمام تقرير مدرسي معقد اعتماداً على نفسه فقط. لكن الطفل يمكنه في ظل بعض التوجيه وبمرور الوقت تعلم التواؤم أو تطويع صعوباته بحيث يمكنه تحقيق النجاح رغم أن ذلك قد لا يتم من خلال طريق يختلف عن الطريق الذي يسلكه معظم الأطفال في صفه. وهكذا فقد يجد الطفل صعوبة في لعب كرة القدم، ما يتطلب درجة عالية من التركيز والانتباه والعمل الجماعي. لكنه ربما يلمع في رياضة أخرى مثل رياضة التنس التي تتطلب خصائص أخرى.

لقد كان جويل طبيباً ناجحاً يمكنه القيام بعمله وبحوثه وواجباته الإدارية بقدر كبير من علو الهمة. لكنه لم يكن كذلك طوال الوقت. فقد كان طفلاً لا يسعه المكوث دون حراك. وكان المعلمون يطردونه من الفصل دوماً لأنه كان كثير المقاطعة. ولم يكن يتذكر أبداً واجباته أو الالتزامات التي كان يقطعها على نفسه. وقد تعلم جويل بمرور الوقت مهارات التوافق. وتعلم أن يصرف قدراً كبيراً من جهده في تنظيم أنشطته، فكل شيء لا بد أن يكتب ويجدول أو يبوب. وعليه أن يكمل شيئاً واحداً قبل الانتقال إلى آخر. وقد علم نفسه هذه المهارات والاستراتيجيات عبر المحاولة والخطأ والتراكم ومن خلال مرات عديدة من الإخفاق. لكن أبويه أدركاه وهو في المدرسة الثانوية وكلية الطب وكانا لا يكفان أبداً عن إزكاء جذوة نجاحه كشخص راشد.

ورغم أن معاناته من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط قد أوجدت لديه مشكلات جمة، إلا أنها ربما عملت لصالحه. فنجده كشخص بالغ يسهم مستوى طاقته العالي وتفكيره السريع في نجاحه، وهما خاصيتان مرتبطتان باضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط. وكما توضح قصة جويل فإن الشخص الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط يمكنه تحقيق أشياء كثيرة. ولكن من أجل القيام بذلك فإن عليه أن يتعلم التوافق مع إمكانياته والعمل حولها. ويتعين أن يساعد الأبوان صغيرهما في إيجاد طريقة، وأن يوجهاه نحو العلاجات المناسبة والأنشطة الملائمة التي يمكن أن تتيح له تنمية الشعور بالنجاح والتحكم في الذات والأهلية والاستحقاق وهي مهمة صعبة لكنها ممكنة.

الفصل الثاني

إطلالة تاريخية

إن الاضطراب الذي نسميه اليوم اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD له تاريخ موثق يرجع إلى بواكير القرن المنصرم. ففي ذلك الحين كانت تقترن المشكلات السلوكية بإصابة الدماغ. وقد شب التفكير في الاضطراب عبر الزمن مع محاولة العلماء تحديد عناصره الأساسية وأسبابه ودرجة شيوعه. ولا تزال هنالك أسئلة كثيرة حول ثمة اضطراب دون إجابة، لكن نظرة على الماضي يمكن أن تساعد في وضع جدل اليوم في المنظور.

وتحل بعض الإبهامات الطبية من خلال عملية الإزالة التي تعني أن يتم أولاً الأخذ بعدد كبير من الاحتمالات، ثم يتم استبعاد الواحد منها تلو الآخر كلما ازداد وضوح المشكلة الجوهرية. بيد أن دراسة ADHD لم تتبع هذا الطريق. فقد انتقل الباحثون من المفهوم ضيق التعريف للاضطراب (كصعوبات سلوكية تنجم عن إصابة بالدماغ) إلى رؤية أرحب تشمل أسباباً محتملة عدة وأنماطاً مختلفة للعلاج.

ولم يعد وجود تفسير وحيد بسيط يبدو منطقياً، وبالتالي فإن تطبيق علاج دوائي نوعي وحيد لم يعد يبدو مناسباً.

وبالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من ADHD وأولياء أمور الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، فإن ذلك يعني أن ثمة حلاً بسيطاً لا يرجح أن يجدي نفعاً. ولكن مع تعقد الحلول بشكل أكبر، فقد أصبحت أيضاً أفضل إعداداً للوفاء بالحاجات الكلية للأطفال المصابين بهذا الاضطراب وأسرهم.

التركيز المبكر على إصابة الدماغ

في سنة ١٩٠٢م ظل الدكتور جورج ف. يقول إن الأطفال الذين عالجهم وكانوا اندفاعيين مفرطي النشاط غير منتبهين ومسببين للفوضى كانوا يعانون من عيوب

في التحكم الخلقي. وقد أرجع مشكلاتهم إلى اضطرابات عضوية بالدماغ. وقد قام باحثون آخرون عبر العقود الثلاثة التالية بإقران سلوكيات مماثلة بأشكال نوعية من إصابة الدماغ. وقد ذكروا أن الأطفال الذين أصيبوا بالتهاب الدماغ وعدوى غير فيروسية بالجهاز العصبي من خلال تفشي التهاب الدماغ عقب الحرب العالمية الأولى قد تفشت فيهم أعراض فرط النشاط والاندفاعية والاضطرابات السلوكية. وقد لوحظت في أربعينيات القرن العشرين اضطرابات سلوكية لدى الجنود الذين عانوا من إصابات دماغية. وتبدو هذه الملاحظات لتؤيد فرضية أن الإصابة الدماغية قد أدت إلى مشكلات سلوكية. وفي حقيقة الأمر فإن هذا الإقران بين الإصابة الدماغية والمشكلات السلوكية لا زال مقبولاً حتى اليوم.

لكن هذه الملحوظات أدت أيضاً إلى استنتاج كان مآله الدحض التام. إذ يفترض بعض العلماء أنه لو أدت إصابة الدماغ إلى هذه المشكلات السلوكية المميزة فإن وجود ثمة مشكلات سلوكية يدل على أن الطفل قد عانى من إصابة دماغية. بيد أنه لم تظهر أية إصابة دماغية في معظم هؤلاء الأطفال. لذا فقد افترض أن تكون الإصابة متوسطة ومن ثم غير ممكنة الاكتشاف. ولقد قيل أن الأطفال مفرطي النشاط يعانون من «إصابة دماغية بسيطة» أو «خلل وظيفي بسيط بالدماغ» حتى رغم أن وجود تلك الإصابة البسيطة كان ولا يزال دون برهان. وقد حظي هذا التصور في أواخر الخمسينيات بدعم حينما كشفت دراسة للأطفال ذوي المشكلات السلوكية أن أمهاتهم كن تعانين من مشكلات زائدة في الحمل عن أمهات الأطفال العاديين. بيد أنه تم دحض وتفنيد نظرية الإصابة الدماغية مرة أخرى والتي كانت تذهب إلى أن هذه الإصابة حدثت قبل الولادة.

وفي تلك الأثناء وفي عام ١٩٣٧م قرر تشارلز برادلي أنه نجح في التدخل لعلاج الأطفال مفرطي النشاط باستخدام البنزدرين وهو عقار منبه للجهاز العصبي المركزي. وقد أبدى نحو ٥٠٪ من الأطفال الذين تلقوا العلاج الانتباه والتحكم في الاندفاعات. كما أيدت دراسة برادلي فكرة أن المشكلات السلوكية كانت تدل على خلل عضوي أو عصبي. وهنالك عقار منبه آخر هو الريتالين الذي استخدم للمرة الأولى سنة ١٩٥٩

وقد كان يستخدم في ستينيات القرن العشرين بشكل واسع كعلاج لما كان يعرف بفرط الحركة hyperkinesis وهو خلل وظيفي بسيط بالدماغ أو أي من (دستة) من الأسماء الأخرى.

محاولات للتنظيم

في عام ١٩٦٦ أخذت السلطات الصحية الأمريكية على عاتقها مهمة محاولة توضيح المصطلحات المحيطة بالاضطراب. وكان يتم حينئذٍ تشخيص الاضطراب على نطاق واسع في شتى أنحاء البلاد. وقد استقرت الهيئة الحكومية على مسمى خلل وظيفي بسيط بالدماغ MBD. وقد كان الأطفال المصابون باضطراب MBD ذوي ذكاء يتراوح بين قريب من المتوسط وفوق المتوسط، كما كانوا مصابين بصعوبات تعلم ومشكلات سلوكية سببها اضطرابات وظيفية بالجهاز العصبي المركزي.

لكن قبول مسمى "خلل وظيفي بسيط بالدماغ" لم يدم طويلاً. ففي عام ١٩٦٨ قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية APA بتعديل دليلها التشخيصي القياسي "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية". وتضمنت تلك الطبعة DSM-III "اضطراب فرط الحركة للأطفال" كفئة تشخيصية صادقة للمرة الأولى. وقلما واجه الدليل التشخيصي مشكلات الأطفال النفسية قبل ذلك التاريخ. وقد وصف الدليل التشخيصي DSM II الطفل مفرط الحركة بأنه يتسم بمدى انتباه قصير وعدم الاستقرار وفرط النشاط، لكنه لم يعط أية توجيهات للتشخيص. وفي الواقع فإن الأدوات التشخيصية للأطفال مفرطي الحركة كانت في طور الظهور حينما تمت كتابة DSM-II. وقد قام عالم النفس س. كيث كونرز بتصميم مقياس لتقدير المعلمين حيث استخدمه لتقييم استجابات الأطفال نحو العلاج.

ولقد كان مقياس كونرز لتقدير المعلمين CTRS أول أداة مقننة متاحة ولا تزال بصورتها المعدلة مستخدمة على نطاق واسع اليوم لتشخيص ADHD. وقد كان مقياس كونرز في صورته الأولية يحوي ٣٩ سلوكاً، وكان يطلب إلى المعلمين ذكر ما إذا كان الطفل لا يبدي السلوك المعني بما يعني "لا على الإطلاق" أو ما إذا كان يبدي ذلك

السلوك "بدرجة صغيرة" أو "بدرجة كبيرة" أو "بدرجة كبيرة جداً" حيث تتراوح الدرجة المعطاة للمفردة بين الصفر الذي يعطى حينما لا يبدي الطفل هذا السلوك البتة وثلاث درجات للاستجابة "بدرجة كبيرة".

وقد حدد الباحثون باستخدام مقياس كونرز الأطفال الذين كانت درجاتهم أعلى بشكل دال جوهري من معظم الأطفال، أي أنهم كانوا يختلفون بشكل مقارن عن أقرانهم.

وقد أضحى نظام تقدير الدرجات هذا بعد مدة قصيرة الأداة القياسية التي يستخدمها الباحثون والمعالجون الكلينيكيون لتحديد الأطفال مفرطي الحركة. ولم يعتمد مقياس كونرز على أية بيانات تبين أن السلوكيات التي اختارها كونرز تدل في الواقع على فرط نشاط.

ورغم ذلك فقد أرسى المقياس للمرة الأولى أداة أفرزت مقياساً موضوعياً بدرجة ما لسلوك الأطفال. أيضاً فإنه من خلال تركيز الانتباه على سلوك الأطفال في المدرسة نجد أن المقياس يفترض أن فرط النشاط ونقص الانتباه والاندفاعية مشكلات مدرسية في الأساس، وأنه لكي يتم الفهم الكامل لها ومعالجتها فلا بد من وضع عامل حجرة الدراسة في الحسبان. وقد ازداد التركيز على المدارس في سنة ١٩٧٠ حينما أوردت جريدة واشنطن بوست دراسة بينت أن من ٥-١٠٪ من الأطفال المقيدين في مدارس أوماها العامة كانوا يعطون عقاقير (وخاصة الريتالين بشكل أساسي) وذلك لتحسين سلوكهم في الفصل وزيادة كفاءة التعلم. وقد افترض التقرير أن يعطى الأطفال العقار وفق إرادة المعلمين الذين ذكروا أنهم وجدوا صعوبة أقل في ضبط سلوك المقاطعة. وقد سحب التقرير لاحقاً لكونه سوء تفسير للبيانات، بيد أن "حادثة أوماها" هذه وكتاباً تالياً بعنوان "أسطورة الطفل مفرط النشاط" لا يزالان يؤثران في الميدان ويزوعان أولياء الأمور والأطباء والمعلمين على حد سواء. وقد جرى مؤخراً إحياء لقضية الريتالين عبر عدد من القضايا التي يزعم أصحابها أن عقار الريتالين يصيب الأطفال بالسلبية ويسبب الانتحار والذهان والاكتئاب.

وبالرغم من ذلك ورغم كل هذا الجدل (ولأسباب نوردها في الفصل السادس) فإنه لا يزال الريتالين عماد العلاج للمشكلات السلوكية التي تتبدى من خلال نقص الانتباه و/ أو فرط النشاط.

التركيز على نقص الانتباه وفرط النشاط

ظل الباحثون طوال تلك الحقبة يحاولون كشف النقاب عن مجموعة السلوكيات التي ميزت ما يسمى بالطفل مفرط النشاط أو مفرط الحركة. وركزت الدراسات التي أجرتها فيرجينيا دوجلاس وزملاؤها بجامعة ماكجيل على نقص الانتباه بوصفه المشكلة المحورية الشائعة بين كل هؤلاء الأطفال. وعلى عكس فرط النشاط الذي بدا أنه يتلاشى بمرور الزمن فقد بدا ثمة جانبان للصعوبة الانتباهية هما تواصل الانتباه والحفاظ على ضبط الانفعالات أنهما يدومان طوال مدة الطفولة وربما امتدا حتى البلوغ. وقد ذهب بحث دوجلاس إلى أن الاضطراب كان يتسم بنواقص كثيرة تشمل عيوباً معرفية، وليس مجرد مشكلة مركزية من فرط للنشاط. وقد أدى هذا البحث إلى تعديل آخر في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية DSM في سنة ١٩٨٠ عكس الطبيعة متعددة الأوجه للمشكلة. ولقد قدم الدليل DSM-III أول وصف مسهب للاضطراب وأعاد تسميته ليصبح اضطراب نقص الانتباه مع وجود نشاط حركي مفرط ADDH. زد على ذلك أن الدليل DSM-III ذهب إلى أن الحالة قد توجد مع عدم وجود فرط للنشاط. وقد حدد الدليل DSM-III ثلاث فئات للسلوك شكلت تشخيصاً لاضطراب ADDH هي: عدم الانتباه، والاندفاعية، وفرط النشاط.

وقد اختصت كل واحدة من هذه الفئات بذكر خمسة أو ستة أعراض. ولكي يتم الخروج بتشخيص ADDH فإنه كان لا بد أن يبدي الطفل عرضين أو ثلاثة في جميع الفئات الثلاث. وقد يكون تشخيص اضطراب نقص الانتباه ADD بدون فرط للنشاط من نصيب طفل أبدى أعراضاً ذكرت فيها يخص عدم الانتباه والاندفاعية وليس فرط النشاط. ولقد جلب الدليل DSM-III النظام والاتساق لتشخيص اضطرابات

نقص الانتباه لكن معاييره كانت محل شك. أيضاً فإن تمايزاته بين الفئات الثلاث من الأعراض افتقدت الوضوح. فنجد على سبيل المثال أنه رغم كون السلوك "يجد صعوبة في الالتزام بنشاط اللعب" مدرجاً كعرض لعدم الانتباه، إلا أن نفس السلوك يمكن أن يعكس الاندفاعية أيضاً. وقد تشكك الكثيرون فيما إذا كانت الفئات الثلاث تمثل بالفعل جوانب مختلفة من سلوك الطفل أم أنها كانت طرقاً مختلفة للنظر في خاصية سلوكية أساسية واحدة.

وقد شهدت المعايير التشخيصية تعديلاً آخر عام ١٩٨٧ حينما نشرت جمعية الطب النفسي الأمريكية APA الدليل DSM–III–R الذي حذف فئات الأعراض الثلاثة وجعل جميع الأعراض في قائمة واحدة كما رأينا في الفصل الأول. كما أن التعديل حذف مصطلح ADDH (مع أو بدون فرط النشاط) ووضع محله مسمى اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط ADHD. وقد مثل هذا التغيير تحولاً مهماً بالتأكيد على اعتبار كل من نقص الانتباه وفرط النشاط خاصيتين مهمتين للاضطراب. وقد أورد الدليل DSM–III–R أربعة عشر عرضاً واشترط أن يكون لدى الطفل ثمانية منها لتشخص حالته بوصفها ADHD.

من جهة أخرى فقد وضع التشخيص فئة تشخيصية جديدة للأطفال الذين يشخصون بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADD بدون فرط للنشاط تحت المعايير القديمة، لكنهم لم يستوفوا تماماً معايير اضطراب ADHD في ظل القواعد الجديدة. وربما يتلقى مثل هؤلاء الأطفال الآن تشخيصاً يتمثل في اضطراب نقص الانتباه ADD غير المتمايز UADD. ورغم أن الدليل DSM–III–R كان محاولة أخرى لتوضيح الاضطراب لكنه لقي نقداً عنيفاً أيضاً. فيذهب بعض الكلينيكيين والباحثين إلى أن التعريف متعدد الأوجه الموصف في الدليل DSM–III مناسب أكثر من التعريف أحادي البعد في DSM–III–R. ويرون أن تجميع كل فئات الأعراض (وهي عدم الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط) في فئة واحدة جعل DSM–III–R يغفل الفروق بين الأنماط الفرعية. ويرى آخرون أنه لا يوجد دليل قوي متسق على أن أية قائمة

من الأعراض ترسم بدقة الطفل ذا اضطراب نقص الانتباه. ولقد تم التوصل إلى كل من القائمتين من خلال عملية إجماع بناءً على حزم من البيانات المختلفة التي تكدست على أيدي جماعات مختلفة من العلماء لقياس خصائص مختلفة بأدوات مختلفة. وبالنسبة إلى الدليل DSM-III-R فقد اختبرت قائمة الأعراض ميدانياً ورصت البنود بترتيب يتم من خلاله تمييز الطفل المصاب باضطراب ADHDعن الطفل العادي. ورغم هذا فإن الدليل DSM-III-R لا يحدد المعايير التي يجب استخدامها لتحديد الأعراض؛ إذ إنه لا يخبرنا بما إذا كان يجب جمع المعلومات من خلال الوالدين أم المعلمين أم من كليهما، أو أي من مقاييس التقدير القياسية يجب استخدامها. أخيراً.. فإن قائمة DSM-III-R تشبه تماماً مقياس تقدير المعلم لكونرز الذي انتقد بسبب اشتماله بنوداً ترتبط بالعدوانية بالإضافة إلى تلك المصاحبة باضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط ADHD. ولا أحد يعتبر DSM-III-R الصورة النهائية لاضطرابات نقص الانتباه إنما يراه كخطوة نحو مدخل أكثر منطقية.

ويحدد الدليل الحالي كما تقرره جمعية الطب النفسي الأمريكية APA (٢٠٠٠) ثلاثة أنماط من هذا الاضطراب اعتماداً على كم ما يظهره الفرد من مشكلات الانتباه في مقابل مشكلات النشاط المفرط الاندفاعية. وهذه الأنماط هي:

١- نمط قصور الانتباه.

٢- نمط النشاط المفرط الاندفاعية.

٣- النمط المختلط.

وفيما يلي عرض للمحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD وفقاً للإصدار الرابع[1] للدليل DSM-IV:

---

(1) American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

أولاً: ينبغي أن ينطبق على الطفل إما البند (أ) أو البند (ب) مما يلي:

أ- يجب أن ينطبق على الطفل ستة أو أكثر من الأعراض التالية الدالة على نقص الانتباه وذلك لمدة لا تقل عن ستة أشهر كحد أدنى وذلك إلى درجة تجعله ضعيف التوافق، كما أنها لا تتفق مع مستواه النمائي.

١- يفشل غالباً في الانتباه المركز على التفاصيل أو يقع في أخطاء ساذجة في مهامه الدراسية أو أي عمل ينهض به أو أية مناشط أخرى.

٢- يجد في أغلب الأحيان صعوبة في مواصلة الانتباه في المهام التي يؤديها أو في اللعب.

٣- يبدو غالباً غير منصت لمن يحدثه.

٤- يبدو في معظم الأوقات عاجزاً عن اتباع التعليمات ويخفق في إتمام واجباته المدرسية أو التكليفات التي توجه له في موقع العمل (شريطة ألا يعزى هذا إلى سلوك العناد والتحدي من جانبه أو عدم قدرته على فهم التعليمات).

٥- يجد صعوبة غالباً في تنظيم المهام أو الأنشطة التي يكلف بها.

٦- غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الاشتراك في المهام التي تتطلب بذل المزيد من المجهود الذهني كتلك الأعمال التي يتم تكليفه بها في المدرسة أو الواجبات المنزلية.

٧- يفقد غالباً أشياء تعد ضرورية بالنسبة له كي يتمكن من القيام بالمهام أو الأنشطة المختلفة (كالألعاب أو التكليفات المدرسية أو الأقلام أو الكتب أو الأدوات).

٨- يتشتت انتباهه بسهولة غالباً بسبب أية مثيرات خارجية.

٩- يعتريه النسيان غالباً أثناء الانخراط في الأنشطة الحياتية اليومية المتعددة.

ب- ينبغي أن ينطبق على الطفل ستة أو أكثر من الأعراض التالية الدالة على النشاط المفرط/ الاندفاعية، وأن تظل ثابتة لديه لمدة لا تقل عن ستة أشهر كحد أدنى، وتكون بدرجة تسبب له ضعف التوافق من جهة ولا تتفق مع مستواه النمائي من جهة أخرى.

* النشاط المفرط:

١- غالباً ما يتململ أو يبدي حركات عصبية بيديه أو رجليه، أو يتلوى في مقعده.

٢- غالباً ما يترك مقعده في الفصل أو في أي مواقف أخرى يكون من المتوقع فيها من الفرد أن يظل جالساً في مقعده.

٣- غالباً ما يجري في المكان، أو يتسلق بشكل مفرط وذلك في تلك المواقف التي يكون فيها مثل هذا الأمر غير مناسب (قد يقتصر ذلك بالنسبة للمراهقين أو الراشدين على إبداء المشاعر الذاتية الدالة على الاستياء).

٤- غالباً ما يجد صعوبة في اللعب بهدوء أو الانغماس بهدوء في أنشطة وقت الفراغ.

٥- غالباً ما يتحرك في المكان بشكل ملفت أو يبدو وكأن موتوراً يحركه.

٦- يثرثر غالباً.

* الانـدفـاعـيـة:

١ - غالباً ما يندفع في إعطاء الإجابات قبل أن يتم استكمال الأسئلة.

٢- غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره.

٣- غالباً ما يقاطع الآخرين أو يضايقهم (كأن يتدخل في محادثاتهم وألعابهم).

ثانياً: توجد بعض الأعراض الدالة على النشاط المفرط الاندفاعية أو نقص الانتباه والتي تسبب الاضطراب أو تؤدي إليه وذلك لدى الفرد قبل أن يصل السابعة من عمره.

ثالثاً: تظهر بعض الاضطرابات التي تنجم عن مثل هذه الأعراض في موقفين أو أكثر (كأن تظهر في المدرسة/ العمل والمنزل).

رابعاً: ينبغي أن تكون هنالك دلائل قاطعة على وجود اضطراب دال إكلينيكياً في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو الأكاديمي المهني.

خامساً: لا تظهر تلك الأعراض بشكل كلي حال حدوث اضطراب نمائي عام أو منتشر أو الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر (كالاضطراب الانفعالي، أو اضطراب القلق، أو الاضطراب التفككي، أو اضطراب الشخصية).

الرمز وفقاً لنمط الاضطراب:

(314.01)النمط المختلط من اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الحركي المفرط وذلك عندما تنطبق على الفرد المحكات الواردة في البندين (أ،ب) وذلك على مدى الشهور الستة السابقة.

(314.00) نمط نقص الانتباه، إذا انطبقت على الفرد المحكات الواردة في البند (أ) دون مثيلاتها الواردة في البند (ب) وذلك على مدى الشهور الستة السابقة.

(314.00) نمط النشاط المفرط/ الاندفاعية، إذا انطبقت على الفرد المحكات الواردة في البند (ب) دون مثيلاتها الواردة في البند (أ) وذلك على مدى الشهور الستة السابقة.

وقد ظهرت نظم تصنيفية أخرى في بقاع شتى من العالم، ومن أبرزها التصنيف الدولي للمرض ICD لمنظمة الصحة العالمية الذي يعرف زملة أعراض ما يسميه بفرط الحركة بشكل محدود جداً. فهو لا يذكر نقص الانتباه، كما يعتبر العدوانية واضطرابات السلوك فئتين مختلفتين. وهكذا ففي ظل نظام ICD نجد أن نسبة قليلة جداً من الأطفال يعتبرون مفرطي الحركة.

من جهة أخرى فإن أطفالاً كثيرين يصنفون في الولايات المتحدة بأنهم ذوو اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD تجدهم يشخصون في بريطانيا بأنهم مضطربو السلوك.

نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط

تتباين درجة انتشار هذا الاضطراب بشكل كبير اعتماداً على من يقوم بالقياس وطبيعة الأدوات التي تستخدم لتقييم العملية والمكان الذي يتم فيه ذلك. فنجد على سبيل المثال أن الدراسات التي أجريت في جزيرة وايت حيث تطبق معايير ICD قد افترضت نسبة انتشار تقدر بنحو (١ , ٠٪) بينما توصلت بعض الدراسات في مناطق أبعد جغرافياً مثل أوغندا وكندا إلى نسبة انتشار بلغت (٢٣٪). وحتى في الدراسات التي تمت في الولايات المتحدة فإن نسبة الانتشار تتراوح بين ١ و ٢٠٪.

إن معظم التباين بين هذه الدراسات قد يرجع إلى أدوات التشخيص المختلفة (انظر الفصل الخامس من هذا الكتاب لوصف هذه الأدوات) وأنظمة التشخيص المستخدمة (من قبيل DSM مقابل ICD). وقد يرجع أيضاً إلى نقص المقاييس الموضوعية للتصنيف. فعلى سبيل المثال، اعتمد بعض الباحثين على تقدير أولياء الأمور بينما اعتمد آخرون على تقدير المعلمين. ولا يزال آخرون يعتمدون على تقديرات الباحثين أنفسهم.

وقد يعزى جانب من التباين في الانتشار بين مناطق جغرافية مختلفة أيضاً إلى اختلافات إثنية وثقافية رغم أن هذا لم تتم دراسته جيداً.

وبناءً على معايير DSM-III-R فإنه من المنطقي أن يجري التنبؤ بوجود اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط الحركي في نحو ٣-٥٪ من السكان في الولايات المتحدة، ما يترجم إلى نحو مليوني طفل بالمدرسة.

هذا ويفوق عدد البنين عدد البنات بشكل كبير ضمن هذه النسبة ربما بنسبة تبلغ ستة إلى واحد. وكما رأينا فإن بعض الباحثين رغم ذلك يعتقدون أن الكثير من البنات اللاتي تعانين من ثمة اضطراب لا يتم تشخيصهن لأنهن أقل في فرط النشاط وأقل مقاطعة، ومن ثم فقلما تلفتن انتباه المعلمين.

أيضاً فإنه بالنسبة لكل طفل يشخص بأنه مصاب باضطراب ADHD نجد احتمال وجود طفلين أو ثلاثة أطفال آخرين لا يستوفون المعايير لكن يمكنهم الاستفادة من

التدخل. وتمكن إغاثة الكثير من الأطفال الذين يتعثرون في المدرسة من خلال العلاج الطبي والعلاج السلوكي أو من خلال مزيج من العلاجات.

ويعتقد كثيرون أن انتشار اضطراب ADHD في تزايد نظراً للسرعة الكبيرة والضغوط المتزايدة للمجتمع المعاصر. وتصعب عملية تقييم هذا الاعتقاد نظراً لتغير تعريف الاضطراب ومعاييره التشخيصية عبر السنين. وإذا كان هذا الاضطراب ينجم بالفعل عن سمة مزاجية غير مكتسبة، فإنه من المحتمل أنه رغم كون الانتشار قد لا يتغير عبر الزمن إلا أن مظاهره يمكن أن تشهد ذلك التغير.

وفي ظل المجتمع التكنولوجي المعاصر، فإن الأعباء الملقاة على عاتق الناس ووقتهم وانتباههم تتفاقم إلى درجة لا يمكن بلوغها من قبل الأطفال المصابين باضطراب ADHD. وفي عصور خلت.. ربما كان الأشخاص المصابون باضطراب ADHD هم أولئك الرجال الذين يشبهون في عملهم الكشافة لما كانوا ينطلقون كالسهام على خيولهم ثم يصعدون التلال ويقطعون الفيافي. وربما كانوا يفعلون ذلك لأنهم لا يجدون فكاكاً من ذلك الشيء الذي لا يبرحهم في أماكنهم قابعين. لكنه في عالم اليوم فإن ثمة خصائص كهذه تكون مشكلة أكبر، كما يصعب إيجاد مسارات مهنية يسيرة لمثل هؤلاء.

الفصل الثالث

أسباب نقص الانتباه

حينما يصاب الطفل بمشكلات سلوكية أو عصبية فإن والديه تتخبطهما أسئلة كثيرة إن لم يكن بصوت مسموع فعلى الأقل من خلال حوار داخلي وذلك من قبيل: «هل هنالك خطأ اقترفته؟» و«هل لأني ولي أمر غير مناسب؟» و«هل تغذيتي له غير سليمة؟» و«هل تعرض طفلي لشيء في البيئة ضار بصحته؟».

إن سبب اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط الحركي ADHD غير محدد بشكل قاطع، لكننا نعرف أن الإجابة عن كل تلك الأسئلة تكون بالنفي. ذلك أن العوامل البيئية متضمنة أساليب التربية الوالدية والتغذية والسموم تبدو لتؤثر على هذا الاضطراب لكنها لا تسببه. وفي معظم الحالات فإن جذور المشكلة تستقى من البنية الجينية للطفل.

وسوف تتم في هذا الفصل مناقشة العوامل المختلفة التي قد تلعب أدواراً في ظهور اضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD.

ويختلف الإسهام النسبي لكل عامل من طفل لآخر. وبناءً على تكوين فهم لجذور مشكلة كل طفل فإنه ستتاح فكرة أوضح عما يمكن أن يتغير وما لا يمكن تغييره. وسوف تتم أيضاً مناقشة الميكانيزمات الفسيولوجية التي يعتقد بأدائها غير الطبيعي لدى الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بنشاط حركي مفرط ADHD.

الوراثة

حينما كان دافيد في الثالثة عشرة من عمره إذ به يقف أمام زملائه ليحدثهم وقد أكدت تعبيرات وجهه وطريقته في الكلام أنه ابن أبيه! وكان تشابههما لا تخطئه عين. وعلق والده مبيناً أن دائرة التشابه بينهما لا تقتصر على ذلك فقط إنما تتضمن أيضاً نفس

المشكلات السلوكية ومشكلات التعلم التي تواجه الصبي والتي واجهت أباه منذ ثلاثين سنة خلت.

ولقد كان تشخيص حالة دافيد أنه يعاني من كل من اضطراب نقص الانتباه وصعوبة في التعلم عند سن السادسة، وقد انتقل الداءان إلى دافيد عبر بوابة الوراثة مثل كثير من الأطفال.. أو كما عبر الصبي عن ذلك بقوله «لقد أعطاني أبي بضعة جينات سيئة».

ولقد سلمت الأسر بوجود تشابهات بين سلوك الأطفال وسلوك أبويهم عبر أجيال. فيمكن سماع عبارة «هو نسخة من أبيه في الماضي» في غرف المعيشة عبر أنحاء العالم ولدى بحث العائلات عن تفسير لسلوك عبثي ما. لكن ما لم تعلمه الجدات، وما يلقى قبولاً منذ فترة كحقيقة علمية هو أن الخصائص السلوكية المتشابهة من جيل للجيل الذي يليه إنما تأتي من خلال ما هو أكثر من التنشئة المتشابهة. ذلك أن السلوك والشخصية منقوشان إلى حد كبير في البصمة الوراثية للمرء. فكما أن دافيد ورث لون العينين وبنية العظام من أبيه فقد ورث أيضاً الخصائص المزاجية، ما أدى إلى تشخيص حالته بأنها اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط ADHD.

ولا يعني ذلك أن الصبي قد أخذ هذا الاضطراب من أبيه، فالعملية ليست ببساطة أن شخصاً "يأخذ" ADHD. ذلك أن ثمة عوامل بيئية ونفسية واجتماعية تلعب أدواراً مهمة في تحديد ما إذا كانت مشكلات الطفل السلوكية أو مشكلاته الخاصة بالتعلم على درجة من الثقل بحيث تستحق التشخيص.

كما أن نمط وراثة هذا الاضطراب ADHD وخصائصه المزاجية المصاحبة لا يزال غامضاً. ومن خلال دراسة نماذج الوراثة لهذا الاضطراب عبر فحص الأبوين وأقاربهم من أطفال لديهم هذا الاضطراب، ومن خلال دراسة التوائم وأطفال التبني، توصل العلماء إلى تصور غير مثبت للأساس الوراثي لاضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط ADHD.

فعلى سبيل المثال، قارنت إحدى الدراسات الوالدين والأقارب لأطفال مصابين باضطراب نقص الانتباه ADD مع الوالدين والأقارب لأطفال عاديين. ومن بين أقارب

الأطفال العاديين نجد أن نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه ADD قاربت نسبة الانتشار المعروفة له في الفئة العامة من السكان (نحو ٦٪).

هذا في حين بلغت نسبة الانتشار بين أقارب الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه ADD ما يزيد على ٧٠٪. ورغم أننا لا يسعنا تنحية أو إقصاء الآثار التي يجلبها ولي الأمر ذو اضطراب ADHD لطفله، إلا أن هذه الدراسة تطرح تصوراً لنموذج أسري قوي لاضطرابات نقص الانتباه.

وفي دراسات حول ADHD أجريت على التوائم ذكر باحثون كثر أن التوائم المتماثلة يتشابهون بدرجة أكبر من التوائم غير المتماثلة وأن هذه التشابهات لا يمكن تفسيرها بمجرد النزعة الشائعة لافتراض أن التوأم المتماثل ينظران ويفكران ويسلكان بنفس الطريقة زد على ذلك أنه في دراسات أطفال التبني ذوي اضطرابات نقص الانتباه كان الأبوان البيولوجيان أكثر احتمالاً من والدي التبني لإبداء أعراض اضطرابات نقص الانتباه أو أعراض نفسية ذات صلة. وتؤيد هذه الدراسات الثلاث أن الطفل قد يولد بقابلية للوقوع في شرك اضطراب ADHD وأن يرث هذه القابلية من أبويه.

لقد تمكن الوراثيون من رصد نماذج وراثية لبعض الأمراض من خلال تتبع المرض عبر أجيال عدة. بيد أن نموذج ADHD الوراثي لا يزال غير واضح إلى حد ما. ورغم أن الآباء والبنين يبدون أعراض هذا الاضطراب بنسبة أكبر من الأمهات والبنات، إلا أن هذا النموذج قد يرتبط أكثر بالانتشار الأكثر لثمة اضطراب بين الذكور مقارنة بارتباطه بنمط أو شكل الوراثة. وقد يكون مدار الأمر أن جيناً أو الجينات المسئولة عن اضطراب ADHD تورث بواسطة كل من البنين والبنات لكن الأعراض تتبدى بشكل غالب في البنين عنها في البنات.

ولا زلنا بحاجة إلى التعرف إلى ما يؤثر في التعبير عن الأعراض، لكننا ندرك أن كل طفل ينهض بمنظومة من الأعراض والملكات والصعوبات التي تبدو لتتأثر بقوة بعوامل نفسية اجتماعية لا تقع تحت طائلة هيمنة الجينات. إن هذا يعني أن ولي الأمر ليس بوسعه تغيير الاستعداد الجيني لطفله نحو ADHD لكنه ربما يمكنه التعامل مع عوامل أخرى قد تؤثر في التعبير عن الأعراض.

البيولوجيا

ربما تساعد الوراثة في فهم وتفسير كون بعض الأطفال غير منتبهين واندفاعيين ومفرطي النشاط، لكنها لا تفعل شيئاً حيال الوصف لما يجري بالفعل من أمور غير طبيعية بالدماغ. ولقد مرت سنوات كثيرة حبلى بدراسات أجريت حول كيفية تحكم الدماغ في السلوك والانتباه. لكننا رغم ذلك لا نعرف سوى القليل عن هذا الأمر حتى رغم أن هنالك خللاً كيميائياً وتشريحياً ونمائياً حدث عبر رحلة نشوء ADHD إلا أن أحداً لم يثبت وجود ثمة خلل أساسي.

ولعل المسألة تكمن في أن عوامل عصبية كثيرة تتفاعل أو أن أياً من الاضطرابات العصبية المختلفة الكثيرة يمكن أن يسبب اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط ADHD.

وهنالك نظرية مشهورة تقول أن ADHD ينجم عن تأخر في نضج الأنظمة بالدماغ التي تتحكم في الانتباه. وكما هو الحال بالنسبة إلى المهارات الأخرى التي تنمو عبر الزمن ومع نمو الطفل فإن العمليات الانتباهية تنضج تدريجياً مع انتقال الطفل من استكشاف بيئته إلى أنشطة أكثر توجهاً بالهدف.

فالطفل لا يسعه أن يثبت تركيزه على نشاط واحد لفترة زمنية طويلة لأنه لا يزال في مرحلة الاستكشاف، ولكن مع نموه وزيادة سنه فإنه لا بد من تحسن مدى الانتباه لديه. ولكن إذا نضجت عملياته الانتباهية بسرعة أقل من المعتاد فقد يكون مستوى انتباهه أقل مما هو متوقع بالنسبة إلى طفل في سنه.

وقد تفسر نظرية التأخر النمائي هذه اضمحلال بعض أعراض ADHD مع الوقت وخاصة فرط النشاط. وإذا ثبت بالفعل أن تأخر النضج سبب لهذا الاضطراب، فقد نجد بالنسبة للأشخاص الذين لازمهم هذا الاضطراب حتى وهم راشدون أنهم ربما لا يستوي نموهم إنما يظل معتلاً طوال حياتهم. بيد أن هذه النظرية تظل عاجزة عن شرح أي العمليات التي تتحكم في الانتباه في الدماغ.

ومن أجل فهم الطبيعة الفسيولوجية العصبية للانتباه فقد ركز العلماء على الناقلات العصبية وهي مواد كيميائية في الدماغ تتيح للأعصاب الاتصال ببعضها البعض. واعتقدوا أن عدم التوازن في اثنتين من الناقلات العصبية هما الدوبامين والنورإبينيفرين يعد مسئولاً عن ADHD وأية مشكلات ذات صلة مثل صعوبات التعلم واللزمات.

وقد تكون مستويات الدوبامين مؤثرة في التحكم الحركي وكبح الاندفاعات في حين أن مستويات النورإبينيفرين يكون تأثيرها انفعالياً بدرجة أكبر. ويمكن أن يفسر لنا التوازن النسبي للاثنين النماذج المختلفة لاضطراب ADHD فيما يتعلق بسبب كون بعض الأطفال أكثر اندفاعية وفرطاً للنشاط في حين أن أطفالاً آخرين يكونون أكثر تفاعلاً انفعالياً.

إن العقاقير المستخدمة لعلاج فرط النشاط معروفة بانصراف وظيفتها إلى العمل على مستوى الناقلات العصبية ما يؤيد فكرة أن عدم الاتزان في مستويات الناقلات العصبية هو السبب الرئيس وراء اضطراب ADHD. لكن الريتالين (ميثيل فينيدات) يؤثر في جوانب كثيرة جداً من وظيفة الدماغ والاتصال العصبي بحيث بات من الصعب أن نحدد من خلال استخدامه الجوانب الأكثر ارتباطاً بنشأة اضطراب ADHD. ولم تتبين فعالية العقاقير الأخرى ذات الأنماط الوظيفية الأكثر نوعية بالنسبة لكثير من الأشخاص بخلاف الريتالين. ويعني ذلك أن الجوانب المختلفة للانتقال العصبي قد تتأثر في أناس مختلفين.

وقد بينت نتائج البحوث أن فرط النشاط يصاحب بتمثيل منخفض للسكر في مناطق من الدماغ معروفة بتنظيم الانتباه والنشاط الحركي. وأعطت الدراسة باستخدام تكنولوجيا معقدة لتصوير الدماغ تعرف بماسح PET (طوموغرافيا الانبعاث البوزيتروني) أعطت أول إثبات واضح للاختلاف العصبي/ البيولوجي بين الأشخاص العاديين والأشخاص مفرطي النشاط، ولا بد أن تفتح الباب أمام فهم أوضح لاضطراب ADHD.

ولقد حاول العلماء في هذه الدراسة وغيرها من الدراسات المبكرة تحديد ما إذا كانت هنالك منطقة معينة في الدماغ تصاب في الأشخاص المصابين بذلك الاضطراب. وبدا أن الفص الجبهي المرشح الأكبر لذلك لأنه ذلك الجزء من الدماغ الذي يتحكم في الانتباه ويكبح فرط النشاط.

أيضاً فإن الأشخاص الذين عانوا من تلف معروف في جزء بالدماغ تجدهم يبدون غالباً علامات فرط النشاط ونقص الانتباه والاندفاعية. وقد بذلت محاولات أكثر من أجل التعرف الدقيق إلى الموقع لكنها لم تحقق المراد تماماً. وإجمالاً.. فلا يزال الأساس العصبي لاضطراب ADHD غامضاً رغم الجهود الكبيرة التي بذلت لتحديد الخلل الوظيفي الأساسي.

وهنالك أسباب كثيرة تقف وراء هذا الغموض. ويتمثل أحد هذه الأسباب في أن الأدوات المتاحة للعلماء لا زالت خاماً إلى حد بعيد للسماح بدراسة مفصلة للدماغ في الأشخاص العاديين أساساً. ثمة سبب آخر أن الناقلات العصبية تعمل عند تركيزات صغيرة جداً، ما يجعل مستوياتها مستحيلة القياس تقريباً.

أخيراً.. فإنه ربما كان الأساس العصبي لاضطراب ADHD مختلفاً تماماً في الأشخاص المختلفين.

ولقد كان السبب في أمراض نفسية أخرى مثل المرض ثنائي القطبية (هوس الاكتئاب) متضمناً، وذلك فقط بعد اكتشاف علاج بعقار فعال. ولكن مثلما رأينا فإن المنبهات تعمل بشكل غير نوعي إلى حد كبير بحيث لم تعط سوى رؤية ضبابية لأساس اضطراب ADHD.

أسباب أخرى ممكنة

ربما أمكن إرجاع أغلب أسباب اضطراب ADHD إلى خصائص مزاجية غير مكتسبة، ومن ثم عزوها إلى الوراثة. بيد أن هنالك ثمة أسباباً أخرى للمشكلات الانتباهية وفرط النشاط. ولعلك تبغي معرفة ما إذا أمكن إرجاع مشكلات طفلك إلى أي من هذه العوامل الأخرى، لما كان ذلك سيؤثر على مشوار العلاج الذي تختاره لطفلك.

كما رأينا في الفصل الثاني، فإن تلف الدماغ معروف بإحداثه أعراض فرط النشاط ونقص الانتباه والاندفاعية. ولقد كانت هنالك عملية ربط لهذه الأعراض مع الإصابة الدماغية وعدوى الدماغ، ما أدى إلى الاضطراب المسمى «بتلف الدماغ البسيط» وذلك لعدة سنوات. ونتيجة لذلك الربط، فقد كان يعتقد أن نقص الانتباه وفرط النشاط علامتان تدلان على حدوث إصابة أو تلف بالدماغ. وبذلت محاولات لتوضيح الأسباب الممكنة للإصابة الدماغية.

وليس معروفاً حتى هذه اللحظة نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ADHD والذين أصيبوا بتلف في الدماغ. ويمكن أن ينجم التلف الدماغي البسيط أو الكبير عن عدة أمور قد تحدث قبل أو أثناء أو بعد الميلاد.

ويشعر البعض أن ADHD يقع عند الطرف المعتدل من متصل اضطرابات الإصابة الدماغية والذي يصل حتى الاضطرابات النهائية الحادة مثل شلل القشرة الدماغية. وفي كثير من حالات الإصابة الدماغية فإننا نجد أن السبب لا يكون معلوماً بالفعل. وفي حالة اضطراب ADHD فإن وجود أو عدم وجود الإصابة الدماغية قد لا يتم إثباته قط.

ورغم هذا فسنجد فيما يلي أسباباً ممكنة معروفة للإصابة الدماغية والتي يفترض أنها يمكن أن تسبب بعض أوجه الخلل البسيط حتى إذا لم يثبت وجود تلف واضح بالدماغ.

إن بعض الاضطرابات الجينية التي تؤثر في النمو العصبي تؤدي إلى فرط النشاط ونقص الانتباه. وتضم هذه الفئة اضطراباً كروموسومياً يسمى متلازمة كروموسوم إكس الهش Fragile X Syndrome والذي يعتقد أنه مسئول عن أسباب كثيرة للتخلف العقلي. وقد يصاب أحياناً الأطفال المصابون بهذا الاضطراب الكروموسومي إصابة متوسطة أو معتدلة فقط حيث يمكن أن تسود هنا في هذه الحالة أعراض ADHD.

وبالنسبة إلى الرضيع فإن التلف الدماغي قد يحدث نتيجة إصابة الأم بعدوى أو جراء أدوية تعاطتها. وتضم هذه الفئة الأخيرة الأدوية العادية ومواد الإدمان كالكوكايين والكحوليات.

جدير بالذكر أن الأطفال الذين يولدون بمتلازمة كحولية جينية وهي حالة حادة متعددة الإعاقة قد تنجم عن فرط تعاطي الأم للمسكرات خلال الحمل يعانون من مشكلات سلوكية حادة تشمل فرط النشاط. ومن الممكن أن تؤدي المسكرات التي تتعاطاها الأم الحامل بتركيزات أقل إلى مشكلات سلوكية مماثلة للطفل وإن كانت ربما أقل حدة. وعند الميلاد فإن أية وضعية تؤدي إلى نقص الأكسجين قد تؤدي إلى تلف بالدماغ.

ويمكن أثناء الطفولة أن ينجم تلف الدماغ و/ أو أعراض اضطراب ADHD عن إصابة بالرأس أو عدوى. أيضاً فإن اضطرابات الأيض مثل hyperammonemia الذي فيه يؤدي النقص في إنزيم ضروري إلى تكوين الأمونيا، أو فرط نشاط الغدة الدرقية hyperthyroidism الذي فيه تفرط الغدة الدرقية في إفراز هرمونها، أو التعرض لسموم بيئية، قد تؤدي مثل تلك الاضطرابات والعوامل إلى اضطرابات دماغية بسيطة أو كبيرة.

وقد ربطت دراسات كثيرة بين الرصاص وهو سم عصبي والمشكلات السلوكية متضمنة فرط النشاط. جدير بالذكر أن الرصاص يوجد في الطلاء التقليدي، وكذلك في سبائك اللحام التي استخدمت في فترة ما قبل مواسير المياه الملحومة. وقد أسهم الجازولين بما يحتويه من رصاص في خلق مستويات عالية من الرصاص بالجو وذلك في بعض المناطق الملوثة. وحيث إن الرصاص واسع الانتشار في بيئة الإنسان المعاصر فقد يكون سبباً جوهرياً للمشكلات السلوكية عند الأطفال.

التغذية

يبقى دور الطعام في إحداث ADHD خلافياً، هذا رغم كثرة البحوث والخبرات في هذا الشأن. ولقد قام طبيب الأطفال بنيامين فينجولد بنشر كتاب في عام ١٩٧٤

بعنوان "لماذا طفلك مفرط النشاط؟" ذهب فيه إلى أن بعض محسنات الطعم الصناعية والإضافات الغذائية في الصبغات الغذائية تسبب فرط النشاط. واقترح فينجولد تغذية الأطفال مفرطي النشاط بأغذية خالية من هذه المواد.

ورغم صعوبة الحفاظ على الوجبة هذه إلا أنها بدت تبعد بعض المشكلات السلوكية لدى كثير من الأطفال. غير أن الدراسات المحكمة التي أرادت تحسين فرضية فينجولد أفرزت نتائج متضاربة. ويعتقد معظم العلماء أن وجبة فينجولد غير فعالة.

ولا يزال هنالك ما يدل على أنه في ظل ظروف أو شروط ما فإنه يمكن أن يؤثر الطعام على السلوك. فمن جهة يمكن للتغذية الجيدة أن تحمي الطفل الناشئ من الأمراض التي قد تسبب أعراض ADHD. كما يمكنها من جهة أخرى أن تحمي الطفل من آثار سموم حقيقية في البيئة، مثل أملاح الزنك أو الخارصين الذي يعتقد بصده لآثار ضارة لفلز الكادميوم الثقيل.

من جهة أخرى فإنه يمكن لعيوب (نقص) التغذية أن تؤدي إلى مشكلات سلوكية وبدنية. فيمكن على سبيل المثال أن يؤدي نقص الحديد إلى نقص الانتباه وعدم الاستقرار والعدوانية.

لكن ما إذا كانت ثمة أطعمة معينة تسبب فرط النشاط أو نقص الانتباه أم لا فإن هذا سؤال لا يزال مثاراً ومفتوحاً.

ولقد كان يعتقد أن السكر المكرر سبب لفرط النشاط عند الأطفال، غير أن دراسات محكمة عجزت عن إثبات وجود ارتباط مباشر بالسكر. ويصعب حصر الحكايات التي يقصها أولياء الأمور حول هذه الفرضية. ولعل الأمر ينحصر في أن الأطعمة عالية السكريات متحدة مع عوامل تغذوية أخرى أو تعطى في مواقف معينة مثلما يحدث حينما يكون الطفل متوتراً بطبيعته، قد تزيد المشكلات السلوكية للطفل إلى درجة ما أو تدفعه إلى عتبة فارقة يصبح سلوكه فوقها معضلاً.

ولقد اعتقد أن الكافيين الذي يوجد في بعض مشروبات الكولا، والقهوة والشوكولاتة، والشاي من ضمن أسباب فرط النشاط. ورغم أن الكافيين منبه، إلا أنه ليس من دليل يؤيد هذا التصور. وفي حقيقة الأمر فإن الكافيين كان يعتبر علاجاً ممكناً غالباً. وكأي من المنبهات الأخرى المستخدمة لعلاج ADHD فقد وجد أن الكافيين يزيد اليقظة والانتباه في كل من الأطفال والكبار. وهو يبدو أقل فعالية من عقاقير التنبيه الأخرى، كما أنه يصاحب بآثار جانبية واضحة في الجرعات اللازمة لإحداث أثر فعال.

ومنذ بضعة عقود خضعت مادة الأسبارتام وهي مادة محلية لفحص كبير كسبب محتمل لفرط النشاط وعدم الانتباه. ويبدو الأسبارتام من زاوية نظرية مرشحاً قوياً لذلك. فهو مكون من حمضين أمينيين هما الفينيل ألانين وأسبارتيك أسيد وهما يلعبان دوراً مهماً في تخليق الدماغ للناقلات العصبية. وبينما خضع الأسبارتام لدراسة موسعة من حيث الآثار البدنية والمسرطنة قبل طرحه في الأسواق سنة ١٩٧٤ إلا أن آثاره على السلوك لم تحظ بدراسة كافية.

وفي كتابه سنة ١٩٨٩ بعنوان "تغذية الدماغ: كيف تؤثر الأطعمة في الأطفال" يصف س. كيث كونرز الأطفال الذين يعانون من ردود أفعال حادة حيال الأسبارتام بما في ذلك المشكلات السلوكية والتشنجات والصداع. ولكن في ظل دراسات محكمة قليلة فإنه لم تلاحظ مشكلة معينة. ويعتقد كونرز أن بعض الأشخاص قد يكونون حساسين بشكل خاص حيال الأسبارتام، لكنه يمكن القول عامة أن أي تأثير للأسبارتام يمكن أن يكون بسيطاً.

ورغم الافتقار إلى دليل علمي على أن أي مكون غذائي يشكل سبباً رئيساً لاضطراب ADHD، إلا أن البعض لا يزالون يعتقدون بأن تعديل وجبة الطفل يمكن أن يؤثر في سلوكه. وربما كان الالتزام بوجبة شديدة الضبط مثل وجبة فينجولد يجلب فائدة لأن الانتباه الزائد الذي يلقاه الطفل يساعده في ضبط ميله الفطري نحو عدم الانتباه وفرط النشاط. كما أن التفسير الغذائي يتيح للوالدين رؤية الطفل "كمريض" وليس "كسيئ".

العقاقير

إن بعض العقاقير التي تعطى لعلاج مشكلات صحية يمكن أن تؤدي إلى سلوك فرط النشاط وعدم الانتباه. وتشمل هذه العقاقير ثيوفيلين الذي يعطى لعلاج الربو، ومستحضرات الحساسية ونزلات البرد التي تحتوي الإفيدرين وشبيه الإفيدرين pseudoephedrine أو إيثانول أمين، ومضادات التشنجات. ويمكن أن يعمل الثيوفيلين ومستحضرات نزلات البرد كمنبهات، في حين أن مضادات التشنجات يغلب أن تكون مخدرة ما يجعلها قادرة على اختزال عدم الانتباه.

الأسباب النفسية الاجتماعية للسلوكيات الشبيهة باضطراب ADHD

يحدث في بعض الحالات عدم الانتباه والتشتت وفرط النشاط استجابة لموقف معين أكثر منه استجابة لميل غير مكتسب نحو هذه المشكلات. فعلى سبيل المثال، نجد أن الطفل في بيئة منزلية فوضوية عشوائية مثل حالة البيت الإدماني أو الكحولي، أو الطفل الذي مر بتغير حاسم في حياته كالطلاق أو الانتقال قد يستعين بهذه السلوكيات كوسيلة لجذب الانتباه والتعبير عن الإحباط.

وفي مثل هذه الحالات فإن أعراض اضطراب ADHD قد تغطي على اضطراب القلق. وهذا ما كانت عليه حالة جيفري ذي الست سنوات والذي بدأ الحضور بالحضانة في مدرسة جديدة. ورغم أنه كان طفلاً لامعاً، إلا أن معلميه لاحظوا أنه يعاني في تحقيق الانسجام مع زملائه وبات سريع الإحباط والاستثارة وفاقداً للانتباه. وقد اعتقد الأخصائي النفسي المدرسي أن جيفري يعاني من اضطراب ADHD واقترح قيام والديه بزيارة طبيب من أجل العلاج. بيد أن طبيب الأطفال شعر بعدم الارتياح لهذا التشخيص وقام بالاتصال بأخصائي اضطراب ADHD بمستشفى فيلادلفيا للأطفال للاستشارة. وبدوره لاحظ الأخصائي النفسي الذي قابل جيفري هناك أنه ليس لديه أي تاريخ من التشتت أو عدم الانتباه. ورأى أن سلوك عدم الانتباه لجيفري قد يكون بسبب إحباط أو قلق ناجم عن صعوبة في التوافق مع المدرسة الجديدة. واقترح الأخصائي النفسي القيام بتوظيف بعض مداخل إدارة السلوك والتي تتضمن التصميم الدقيق لبيئة جيفري

ومراقبة سلوكه. وخلال عدة أسابيع، صار سلوك الصبي المضطرب إلى تحسن، وأضحى أكثر استرخاءً وارتياحاً بالمدرسة.

ثمة سبب نفسي اجتماعي آخر للمشكلات السلوكية يتمثل في البيئة غير المنظمة الفوضوية التي قد تجلب الأعراض للطفل، وهو بطبيعته لديه استعداد لاضطراب ADHD. وقد تحدث ثمة مواقف مثيرة للمشكلات في البيت أو المدرسة أو في مكان آخر في بيئة الطفل مثل فناء اللعب. وقد تؤدي حجرة الدراسة عالية التنظيم صارمة النظام بالمدرسة إلى إحباط الطفل ذي صعوبات الانتباه المعتدلة إلى درجة الخروج عن إمكانية السيطرة.

كما أن البيئة العشوائية قد تجعل نفس الطفل مشتتاً كثيراً ومفرط النشاط ليفقد السيطرة والتحكم أيضاً. لكنه يمكن أن يتمتع بطبيعة جيدة في بيئة أقل صرامة يتاح له فيها أن يكون نشطاً بدرجة ما ولكن مع الالتزام بالقواعد ووضوح النظام.

ولقد افترضت بعض الدراسات أن تفاعل الأطفال مع أمهاتهم قد يسبب مشكلات سلوكية. وقد تمت في هذه الدراسات ملاحظة أمهات الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه واتضح أنهن كثيرات النقد والرفض وقليلات العاطفة وتستخدمن العقاب بدرجة أكبر وأكثر حدة من الأمهات الأخريات. وقد ذكرت الأمهات أيضاً أنهن ضعيفات الثقة في مهاراتهن الوالدية وذوات مستويات عالية من التوتر ومشاعر الوحدة أو الانفصال والاكتئاب. ومما يؤسف له في هذه الدراسات صعوبة فصل السبب عن النتيجة. فقد تكون المسألة أن أنماط التربية الوالدية لثمة أمهات تكونت أولاً كاستجابة لسلوك الطفل الفوضوي ولكن مع مرور الوقت فإن صرامتهن ونقص العاطفة راحا يسهمان في مشكلات الطفل.

أخيراً.. فإنه من الأهمية بمكان أن نشير إلى أن أنماط التربية الوالدية المختلفة بين الأم والأب يمكن أن تسهم في المشكلات السلوكية للطفل. فعلى سبيل المثال، ربما يظل الطفل في حالة جامدة من التشوش والتداخل حول الحدود التي يتعين أن يلتزم بها. وقد

يؤدي هذا التشوش إلى سلوك فوضوي عشوائي. إن سبب معظم مشكلات الانتباه عند الأطفال غير معروف على سبيل القطع. وفي الواقع فإن عوامل كثيرة قد توجد معاً.

جدير بالذكر أن الاهتمام بالأسباب الكثيرة لاضطراب ADHD يمكن أن يساعد في التوجه نحو العلاجات الأنسب. وسوف يتم في الجزء الثاني من هذا الكتاب التطرق إلى الأنواع المختلفة الكثيرة من العلاج والمتاحة ومناقشة قيمة وجدوى تبني مدخل متعدد الأوجه للتعامل مع هذا الاضطراب.

الباب الثاني

إدارة الاضطراب

الفصل الرابع

التماس المساعدة

لعلك تعتقد أن طفلك يعاني من اضطرابات نقص الانتباه أو فرط النشاط. وربما أشار عليك معلم ابنك بأن تجعل طبيباً يقوم بفحصه. وقد تكون متشككاً في وجود هذا الاضطراب وفقاً لملاحظاتك. وأياً كان سبب الارتياب فإنك بحاجة إلى مساعدة. ولكن ما هي وجهتك في ذلك؟ إننا سوف نناقش في هذا الفصل الاستراتيجيات التي يمكنك اللجوء إليها سعياً للوصول إلى المختص المناسب للتعامل مع مشكلة طفلك. ولكن قبل التطرق إلى ذلك فإن عليك أن تفكر فيما ترجوه من العلاج بالفعل وما المدخل الأكثر ملاءمة لطفلك.

المرجو والمستهدف من العلاج

إن علاج اضطراب ADHD لن يقضي عليه تماماً، إذ إن الخصائص التي أفضت إلى الجزم بتشخيص هذا الاضطراب عند الطفل هي خصائص مزاجية وسلوكية ولد بها الطفل وهي جزء من ماهيته. وستظل هذه الخصائص ملازمة له طيلة حياته، رغم تذبذب مستوى المشكلات طويلة المدى للتعامل مع طفلك إما من خلال علاج متواصل أو عبر استشارة دورية. ولا يعني علاج اضطراب ADHD ببساطة تصحيح مشكلة لدى الطفل. وعلى أية حال فليست الأعراض وحدها هي القضية إنما مدى توليد هذه الأعراض لمشكلات في سياق بيئة الطفل. لذا فإن هدف العلاج إنما هو مساعدة الأطفال في التواؤم مع بيئتهم بشكل أكثر سلاسة واختزال احتمال ظهور أعراض ثانوية لديه من اكتئاب وقلق وتقدير متدني للذات. إن إدارة هذا الطفل تشمل مزيجاً من تعديل سلوكه وتهيئة بيئته من أجل تحقيق هذا التواؤم المنشود. ولا بد أن توفر عملية العلاج للوالدين أيضاً أدوات يمكن أن تساعدهما في التعامل بشكل أكثر فعالية مع مشكلات صغيرهما.

بعبارة أخرى، فليس مطلوباً فقط أن يتغير الطفل إنما يجب أن يكون أفراد الأسرة والمعلمون مستعدين لمراجعة أفعالهم من حيث مدى تأثيرها على مشكلات الطفل. إذ إن الطفل في المدرسة ربما يجد صعوبة في الانتباه إلى التعليمات ومن ثم فإنه قد يحيد عما تتطلبه المهام فيتراجع عن زملائه. ويمكن للعلاج أن يواجه عدم انتباه الطفل لكنه بالإضافة إلى ذلك قد يتضمن مساعدة المعلمين في إيجاد طرق أفضل لتشجيع الالتزام. وقد يكون هدف العلاج في البيت تغيير مناخ الأسرة من إحباط مستمر وغضب مطبق إلى جو أكثر عقلانية وأملاً وتسامحاً. ويتضمن هذا ضبط وتيرة التوقعات الوالدية مع المستوى الذي يمكن للطفل بلوغه وتعلم كيفية التعامل مع الصراع بشكل بناء أكثر.

ليست هنالك طريقة صحيحة وحيدة لعلاج جميع أطفال ADHD

يكون الأطفال الذين يعانون من اضطراب ADHD أكثر اختلافاً فيما بينهم. وبينما يضمهم مسمى ADHD معاً، إلا أن كل طفل له نقاط قوة ونقاط ضعف لا بد من مراعاتها عند تصميم برنامج لمساعدة الطفل في رفع الحجاب عن كل طاقته وإمكانياته. ويجب أن يتم أيضاً تصميم العلاج بحيث يناسب موارد الأسرة. وفي معظم الحالات فإن العلاج يجب أن يتصدى لقضايا متعددة في حياة الطفل.

قيمة العلاج متعدد الأوجه

نظراً لأن اضطراب ADHD يؤثر عادة في جوانب متعددة من حياة الطفل فلا بد أن يكون العلاج متعدد الأوجه كذلك. وقد يتضمن علاجه العلاج بالعقاقير الطبية على سبيل المثال، بيد أن العقاقير هذه تتصدى في العادة فقط لبعض مشكلات الطفل. وقد تساعد في التحكم في فرط نشاط الطفل ونقص انتباهه لكنها لا تمده بالمهارات السلوكية والاجتماعية والتربوية التي يحتاجها من أجل التفاعل البناء ضمن منظومة المجتمع. إن هذه المهارات يمكن بناؤها جيداً عبر جهود متضافرة من جانب كل من الأطباء والمعلمين وأخصائيي الصحة النفسية وأولياء الأمور. وقد توفر أحد البرامج المهمة في هذا الصدد والذي عكفت عليه مستشفى فيلادلفيا للأطفال والذي يعول على تضافر أدوار كل من الطفل ووالديه وطبيب الأطفال والأخصائي النفسي والطبيب النفسي والأخصائي

الاجتماعي لتشكيل بنية "فريق المعالجة" وذلك سعياً لتعظيم فرصة الطفل في التعافي والنجاح.

إن هذه الوصفة أو التوصية بالمدخل متعدد الأنماط للعلاج لا تنهض فقط على حس عام وخبرة معينة، إنما تعتمد أيضاً على ما تمخضت عنه نتائج الدراسات. فقد وجد في كثير من الدراسات أن العلاج الطبي وحده ذو آثار بناءة متواضعة على فرط النشاط والاندفاعية على المدى الطويل، كما أن له أثراً ضعيفاً جداً على الجوانب الاجتماعية والدراسية في حياة الطفل. واضطلعت دراسات قليلة بمقارنة مدى تأثير المداخل العلاجية المختلفة على المستقبل البعيد، لكنها كانت موحية. وفي إحدى هذه الدراسات قام جيمس ساترفيلد بتتبع مجموعة من الصبية مفرطي النشاط والعدوانيين لسنوات عدة. وقد قسمهم إلى مجموعتين علاجيتين: تضم إحداهما من تعاطوا العقاقير فقط، وبالأخرى الصبية الذين تلقوا علاجاً متعدد الأنماط. وبالنسبة إلى المجموعة الأخيرة، فقد صممت برامج علاجية متعددة الأنماط تطبق فردياً وذلك بالنسبة إلى كل صبي بعد تقييم شامل لأوجه احتياجاته. وتكونت البرامج من علاج طبي وعلاج جماعي أو فردي وعلاج تربوي و/ أو علاج أسري. وتابع ساترفيلد الصبية لنحو تسع سنوات وقام بفحص سجلات توقيفهم كمقياس للجنوح. وبين أن مجموعة الصبية الذين تلقوا العلاج الطبي فقط قد قبض عليهم وأودعوا في مؤسسات رعاية الأحداث بسبب جرائم ارتكبوها مثل السطو والسرقة والتهجم بنسبة كبيرة مقارنة بالصبية الذين تلقوا علاجاً متعدد الأنماط. كما أوضح أن الصبية الذين تلقوا العلاج متعدد الأنماط لأكثر من عامين قد حققوا عائداً أفضل من الصبية الذين انقطعوا عن العلاج قبل مرور عامين.

وبينما ركزت دراسة ساترفيلد على فئة فرعية من الأطفال المصابين باضطراب ADHD الذين كانوا أيضاً عدوانيين و/ أو مضطربي السلوك فإن واقع أنه استطاع إيضاح فائدة العلاج متعدد الأنماط قد تعني أن هذا العلاج يمكن أن يزود أطفال ADHD الآخرين بفوائد مماثلة. وقد بينت دراسات أخرى طويلة المدى أن الأطفال الذين يتلقون علاجاً متعدد الأنماط يحظون بعائد طويل المدى أكبر مقارنة بالأطفال الذين يتلقون علاجاً طبياً فقط.

وللعلاج متعدد الأنماط مزايا كبيرة أخرى: فقد يتيح للطفل الاعتماد بدرجة أقل على العلاج الطبي كطريقة لإدارة سلوكه. ويمكن أن يدعم الشعور بالتمكن لدى الطفل. فقد يمكنه تثمين أن لديه درجة من السيطرة على مشكلاته وصعوباته، فليس "معتمداً" على العلاج الطبي ليظل أسيراً له.

وقد التقينا في مقدمة هذا الكتاب مع أليكس ذي العشرة سنوات الذي شهد مشكلات جمة في الصف الرابع بالمدرسة. وعندما جاء أليكس إلى عيادة اضطراب ADHD للتشخيص والعلاج فإن اليأس كان قد تسرب إلى والديه. فلقد استعان معلموه ببعض فنيات تعديل السلوك لتحسين انتباهه لكنهم كفوا عن ذلك لما أحسوا بعدم جدواها. وكان الأداء الدراسي للصبي في تدهور مستمر، كما كان غير مبتهج ومستثاراً على الدوام. ورغم هذا فإن والدته لم ترد أن يعالج طفلها طبياً. فقد انتابها القلق بشأن الآثار الجانبية المحتملة واحتمال أن يصبح الصغير معتمداً على العقاقير.

وقام الأخصائي النفسي بملاحظة الصبي بالمدرسة، وتحدث إلى معلميه حيث جندوا إمكانياتهم في محاولة للاستعانة ببرنامج آخر للعلاج السلوكي. وقد التقى أليكس ووالداه بالأخصائي النفسي عدة مرات ووضعوا خطتهم وقاموا بتنفيذها. وأخذ أليكس يحصد المكافآت بالبيت لقاء سلوكه الآخذ في التحسن كثيراً بالمدرسة، وراح شعوره نحو نفسه يتجه نحو التحسن بدرجة أفضل كثيراً. لكنه ظل يواجه مشكلة في التركيز في عمله بالمدرسة ولم تزل هنالك ثغرة ما تعتور التحسن في سلوكه. وبدورهما قام والدا الصبي بالالتقاء بطبيب الأطفال الذي راح يفحصه ليتوصل إلى عدم وجود سبب طبي غير عادي يقف وراء شروده وعدم انتباهه وأنه لا يعاني شيئاً يمنع استخدام الدواء. وبعد شرح الطبيب لمزايا ومثالب علاج أليكس طبياً قرر والداه أن يسلكا فوراً سبيل الإجراء الطبي المحكم بشكل دقيق.

وتم تجريب ثلاثة مستويات من الجرعات العلاجية. وكان أداء الصبي أفضل مع الجرعة المنخفضة وهي نفس النتيجة مع الجرعتين المتوسطة والعالية نسبياً. لذا فقد استمر الصبي في تعاطي الجرعة المنخفضة حتى أتم العام الدراسي وحتى عندما

كوفئ بلقب "تلميذ الشهر" في مايو. ولكم سعد والداه ومعلموه لتقدمه. كما شعروا بالزهو لما تحقق بفضل جهودهم المتضافرة وما تمخضت عنه من عائد مبهج للصبي. وقد دعم البرنامج العلاجي السلوكي مشاعرهم بالكفاءة وأحس الجميع أنهم لعبوا أدواراً رائعة في تقدم الصبي. وبعث في والديه من جديد شعور بالانفراج لإحساسهم أنه يمكنه مواصلة مشواره بجرعة منخفضة من الدواء. ورغم صعوبة الإثبات، إلا أن أطباءه يعتقدون أنه ربما حدث ذلك نظراً للنجاح المبكر للبرنامج السلوكي ما مكن الصبي من التحسن مع تعاطيه قدراً صغيراً من العقار.

إيجاد المختص

لا بد خلال البحث عن مختص مناسب ليرتب العناية بطفلك أن تضع في اعتبارك عدة عوامل مهمة... أولاً: هل المختص كفؤ وخبير في علاج اضطراب ADHD؟ ثانياً: هل يوظف مداخل مختلفة للعلاج، وهل سيشرف على ثمة مدخل متعدد الأنماط؟ إن مرشحك الأول في ذلك يمكن أن يكون طبيب الأطفال أو طبيب الأسرة. ومتى كان هذا خيارك، فسله ما إذا كان ذا خبرة في علاج اضطراب ADHD ويجيد التعامل معه؟

إنه من المحتمل أن يفضل إحالتك إلى شخص آخر أكثر خبرة أو لعله يوصي باستشارة خارجية. جدير بالذكر أن بعض أطباء الأطفال خاصة أولئك المتخصصين في أمراض الأطفال النمائية واسعو المعرفة حول اضطراب ADHD وقد صمموا نظمهم الخاصة لعلاجه. ويمكن أن يتميز طبيب الأسرة بمعرفة جيدة بطفلك عبر مدة زمنية طويلة. لكن على الرغم من أن أطباء الأطفال النمائيين يمكنهم في الغالب تشخيص اضطراب ADHD ووصف دواء له، إلا أنهم قد تعوزهم القدرة على القيام بالأدوار والتدخلات النفسية والسلوكية والتربوية والاجتماعية التي قد تكون ضرورية. كما أن بعض أطباء الأطفال قد يمتنعون عن علاج طفلك ويبغون توفير مدخل إضافي من قبل أخصائي نفسي يمكنه الاضطلاع بالتوصيات العلاجية أو طبيب نفسي يستطيع وصف الدواء.

إن بعض أطباء الأطفال سوف يحيلون المرضى المشكوك في إصابتهم باضطراب ADHD إلى طبيب أعصاب الأطفال. وبينما يكون أطباء أعصاب الأطفال على دراية كبيرة وألفة بهذا الاضطراب ويصفون دواءً له، إلا أنه من غير المحتمل أن يستخدموا الاستراتيجيات السلوكية والتربوية في العلاج. بيد أن أطباء الأعصاب لا غنى عنهم خاصة متى كانت هنالك دلائل على أن مشكلات الطفل عصبية بدرجة غالبة وذلك من قبيل ما إذا كان الطفل ذا أعراض توحي باضطراب النوبة التشنجية أو نوع من الإصابة بالدماغ أو ما إذا كان الطفل ذا مشكلة عصبية معقدة مثل متلازمة توريت.

ولأطباء الأطفال النفسيين الدرجة الطبية التي تتيح لهم وصف الدواء. وهم يتمتعون بتوجه نحو العلاج الطبي، ولديهم خبرة في علاج أعداد كبيرة من الأطفال المصابين باضطراب ADHD. لكن الأطباء النفسيين لا يكونون أطباء أطفال عادة، ولن يعطوك التقييم الطبي الشامل الذي ربما يكون مطلوباً. ورغم هذا فإن الأطباء النفسيين يكونون سريعين عادة في رصد المشكلات البدنية التي بحاجة إلى مزيد من التقييم. كما تتبدى فائدتهم متى كان للطفل مشكلات نفسية خطيرة بالإضافة إلى عدم الانتباه وفرط النشاط من قبيل الاكتئاب الحاد أو القلق الحاد. زد على ذلك أن طبيب الأطفال النفسي قد يكون مناسباً متى كانت الأسرة تحت وطأة ضغوط بالغة نتيجة لمشكلات مع طفل ADHD أو بالإضافة إليها. وغالباً ما يكون أخصائيو الأطفال النفسيون المختصين الأكثر ألفة باضطراب ADHD وربما كانوا الأكثر ارتياحاً للمداخل السلوكية والتربوية والاجتماعية للعلاج. لكن الأخصائيين النفسيين لا يمكنهم وصف الدواء ولا يمكنهم تقديم التقييم الطبي وهو ما يستطيع طبيب الأطفال القيام به. وإذا لم يتوفر لديك طبيب الأطفال الذي يشعر بالراحة في علاج ADHD فإن هنالك طرقاً كثيرة يمكنك بها اختيار المختص الأمثل. وتتمثل إحدى هذه الطرق في جماعة مساعدة أولياء الأمور في منطقتك أو مؤسسات أخرى تساعد في حالات أطفال ADHD (انظر الفصل ١٣).

ويمكن للأخصائي النفسي المدرسي أو المرشد الطلابي أن يوصي بالاستعانة بمختص جيد. وإن كنت تعرف أولياء أمور آخرين لديهم أطفال يعانون من اضطراب ADHD فسلهم عن مقترحات لهم أيضاً.

إن العديد من المراكز الطبية الكبرى لديها برامج شاملة لعلاج ADHD مثل البرنامج الذي تديره مستشفى فيلادلفيا للأطفال والتي يمكنك اللجوء إليها بدءاً بالبرامج القريبة من منطقة سكنك.

وقد تكون سعيد الحظ بالعثور على مختص يعي أهمية المدخل متعدد الأنماط ويقوم بترتيبه لك. فنجد على سبيل المثال بعض أطباء الأطفال قد أرسوا علاقات عمل مع الأخصائيين النفسيين المتخصصين في علاج أطفال ADHD. وبإمكانك أيضاً زيارة المرشد المدرسي الذي تمرس عبر الاحتكاك الفعال بطبيب أطفال ما أو أخصائي نفسي للأطفال. وإذا لم تجد أياً من هؤلاء فإنه يمكنك الشروع في القيام بتنفيذ برنامج علاجي متعدد الأنماط بنفسك. فيمكنك على سبيل المثال إجراء تقييم نفسي لصغيرك ثم تطلب إلى الأخصائي النفسي كتابة خطاب موجه إلى طبيب الأطفال الذي تتعامل معه موضحاً فيه نتائج الفحص النفسي وتصوراً لأجندة علاجية. ويمكن للأخصائي النفسي أن يوصي باستشارة طبية وأن يبين الخطوات المطلوبة وأن يقترح طريقة لمراقبة فعالية العلاج الطبي. ولعله يقوم أيضاً بكتابة خطاب موجه إلى معلم طفلك أو المرشد الطلابي متضمناً مقترحات باستراتيجيات سلوكية مدرسية. إن هذه الاستراتيجية المتمثلة في الاستعانة بأخصائي نفسي كمرشد يمكن أن تكون أيضاً ذات قيمة إذا لم يمكنك العثور على المختص في منطقتك وكنت لا تبغي السفر لزيارة مركز للرعاية الشاملة.

إن العثور على الأخصائيين الذين يمكنهم استخدام الاستراتيجيات متعددة الأنماط في علاج طفلك قد يكون عسيراً. وقد تضطر إلى اتباع استراتيجية متعددة الأنماط بنفسك وذلك لضمان أضطلاع كل من طبيب الأطفال والمرشد النفسي والمعلمين والأخصائي النفسي بأدوارهم من أجل تحقيق الهدف في إطار تكامل جهود بعضهم البعض. ولكن إذا كنت ترفض القيام بدور ساعي البريد بين الأخصائيين، فاطلب إليهم أن يقوموا بالاتصال ببعضهم البعض والتشاور. ولا بد أن تحرص على حصول طفلك على رعاية شاملة متكاملة، كما لا يجب أن تقوم بتصميم برنامجه العلاجي بنفسك.

الفصل الخامس

تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط

كان الطفل «نيل» يعتبره معلموه في الحضانة «خشناً» و«مفرط النشاط». لكنه رغم ذلك كان يبدو سعيداً وجيد التوافق مع قليل من «عدم النضج». بيد أنه عند سن الرابعة راح معلموه يتساءلون عما إذا كان ما بنيل ما هو أكثر من فورة في الطاقة. وقد أخبروا والديه أنه ربما كان يعاني من اضطراب نقص الانتباه. ودخل الوالدان بدورهما في رحلة طويلة عبر متاهة تشخيصية تواجه الوالدين اللذين يعتقد بأن طفلهما يعاني من اضطراب ADHD أو ثمة مشكلات ذات صلة. وراح نيل ووالداه يتنقلون من أخصائي لآخر طوال عدة أشهر، كما قضوا ساعات طوال في الفحص والاختبار ليفضي الأمر إلى مجرد أن لا إجابة واضحة تمخضت عنها الاختبارات التي طبقت. ورغم أن نيل أعطي تشخيص ADHD إلا أن الاختبارات لم تعط تفسيراً واضحاً لمشكلات الصبي. وقصارى ما بينته أنه لا يعاني من مشكلات عصبية وأنه ذو ذكاء طبيعي لكن مهاراته الدراسية كانت دون المستوى المتوقع لطفل في سنه كما كان يواجه مشكلة في الانتباه داخل الفصل.

إن قصة نيل تكشف عن مشكلات كثيرة تصاحب تشخيص ADHD. وبالنسبة إلى المبتدئين فإن من الصعب تشخيص ADHD لطفل في الرابعة من عمره؛ ذلك أن فرط النشاط وعدم الانتباه والاندفاعية كلها خصائص طبيعية لسن الرابعة.

لكن تشخيص ADHD يمثل مشكلة حتى بالنسبة إلى الأطفال الأكبر سناً. وليس هنالك اختبار يقول لنا بشكل قاطع أن هذا الطفل يعاني أو لا يعاني من ADHD. زد على ذلك أنه بينما يشترك أطفال ADHD في بعض التشابهات، غير أنهم قد يختلفون في أوجه ما أخرى. ولعل رحلة نيل التشخيصية قد أعطت معلومات كافية ليحدد معالجوه من خلالها وجهة التحرك بعد ذلك. لكنها لم تفض إلى ما كان يتوقعه والداه من إجابة محددة حول صعوباته ووصفة نهائية لعلاجه.

ورغم أننا أكدنا على أنه تم الحصول على القليل من خلال التركيز على سؤال ما إذا كان الطفل ذا اضطراب ADHD في الفصول الأولى من هذا الكتاب، فإن عملية التشخيص يتحتم المرور بها. إذ إنها توجه الطفل ووالديه والقائمين على رعايته care-providers نحو الطبيعة العامة لصعوباته. وهي تخبر الوالدين بأن طفلهما لديه حزمة من السلوكيات التي تتوفر عنها معرفة معقولة، وأن هنالك خطوات يمكنهما اتخاذها لدعم فهمهما لمشكلات طفلهما، وأن بإمكانهما تعلم إدارته بشكل أفضل. كما أن التشخيص يمكن أن يساعد في توجيه الوالدين نحو الأدبيات الخاصة بثمة اضطراب ونحو مصادر أخرى للمساعدة.

من جهة أخرى فإن عملية التشخيص تعمل أيضاً على كشف المشكلات الطبية أو النفسية التي لم تكتشف لفترة معينة، حيث نجد على سبيل المثال أن الأطفال المصابين بأورام في الدماغ أو اضطرابات النوبات التشنجية قد يبدون أعراض عدم الانتباه وفرط النشاط لمدة طويلة قبل ظهور مشكلات أكثر خطورة. لكن من يمن الطالع أن هذه الظروف نادراً ما توجد. بيد أن الأكثر شيوعاً بعض الشيء رغم ندرته أيضاً هو الطفل الذي يعاني من خلل سمعي أو بصري غير مكتشف. إن هذا الطفل قد يبدو غير منتبه أو ربما يسلك بطريقة تبدي إحباطه. وهنا فإن عملية التشخيص يمكن أن تنبه والديه إلى مشكلته الفعلية. كما يمكن للتشخيص أن يكشف أيضاً عن مشكلات سلوكية وانفعالية أعقد من قبيل الاكتئاب أو القلق أو صعوبات التعلم التي تتداخل مع أدائه الدراسي. إن التشخيص يمكن أن يوفر معلومات حول نقاط القوة والضعف لدى الطفل. كما يمكن أن يساعد في تحديد المواقف والأوضاع التي تشكل مشكلة لدى الطفل بشكل خاص والموقف الأفضل بالنسبة له. ويمكن أن يحدد التشخيص مواطن القوة والضعف لديه على الصعيد الدراسي والتي قد تؤثر في سلوكه في مواقف مختلفة.

أخيراً.. فإن عملية التشخيص يمكن أن تسهم في تحديد نوعية التدخل الأكثر ملاءمة للطفل. فبالنسبة لطفل ما قد يتم تبني العلاج الطبي نظراً لوجود مشكلة طبية معقدة. وبالنسبة لطفل آخر فإن الموقف الدراسي/ المدرسي قد يكون محبطاً، ما يجعل من

الملائم اعتماد مداخل سلوكية دراسية معينة. هذا في حين يحتاج طفل آخر تدريباً أكاديمياً أو مساعدة علاجية للتغلب على تجاوز صعوبة التعلم لديه.

بعبارة أخرى، فإن تشخيص ADHD يتضمن ليس فقط عملية اختبار الطفل حول خصائصه، إنما يشمل أيضاً تقييم جوانب بيئته الاجتماعية والتربوية (التعليمية) والأسرية وإيجاد تدخلات فعالة لعلاج مشكلاته والتغلب على صعوباته.

خطوات في التشخيص

إن كل أخصائي رعاية صحية يضطلع بعلاج الأطفال ذوي اضطراب ADHD لديه طريقة مختلفة لتقويم الأطفال. وتتبع مستشفى فيلادلفيا للأطفال ومصحة توجيه الأطفال بفيلادلفيا ومؤسسة سيشور للأطفال نموذج "إدارة الحالة" الذي يقوم فيه أحد أعضاء الفريق وهو إما طبيب الأطفال أو الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي يقوم بتقييم وتقويم صعوبات الطفل. ثم بالتشاور مع بقية أعضاء الفريق يقوم بتحديد ما إذا كانت هنالك حاجة إلى مزيد من عمليات التقويم. وبدوره يقوم مدير الحالة case manager بتنسيق عمليات التقييم النفسية والتربوية والطبية المختلفة والتدخلات العلاجية المتعددة. وتبدأ العملية غالباً بتشاور أولي بين مدير الحالة والوالدين والطفل. ويكلف الوالدان والمعلمون عادة بالاستجابة على قوائم لتقدير مستوى مشكلات الطفل. واعتماداً على ما يبدو ضرورياً فإن الطفل يمكن أن يمر بمزيد من عمليات التقييم. وإذا بدا أن السلوكيات المشكلة مرتبطة بمشكلة طبية مثل اضطراب النوبات التشنجية أو شدة الحساسية allergies أو لو استدعت الحالة علاجاً طبياً فإنه يتم القيام بإجراء فحص طبي شامل.

إن الكثير من الأطفال يحتاجون أيضاً فحصاً نفسياً كاملاً. وإذا تم تطبيق اختبارات نفسية فإن فريق العلاج يقوم بمراجعة نتائج الاختبارات من أجل تحديد مدى الحاجة إلى المزيد من تطبيق الاختبارات. وفي بعض الحالات فإنه قد يتم اتخاذ قرار بالقيام بإجراء فحص نفسي أو تطبيق فحص عصبي تحليلي. وسوف نقوم في الجزء التالي بوصف كل من هذه الخطوات بشيء من التفصيل. لكن ينبغي أن تعلم أن طفلك قد لا

يحتاج كل عناصر هذا الفحص/ التقييم. كما أن أخصائيين آخرين قد يتبعون نموذجاً مختلفاً. وإذا كان هنالك طبيب أسرة يشرف على رعاية طفلك فإنه ربما يشعر أن لديه معلومات كافية عن طفلك وليس بحاجة إلى إجراء فحص أو تقييم آخر.

الاستشارة: تحديد المشكلة

ينصرف هدف الاستشارة الأولية إلى تحديد ما أدى بالوالدين إلى التماس العلاج وكيف يريان مشكلات طفلهما، وماذا فعلا للتعامل مع مشكلاته أو صعوباته. كما أن مدير الحالة يحاول بناء صورة لوحدة الأسرة تشمل خلفية معلوماتية عن الأسرة ومعلومات من أشقاء وشقيقات الطفل، وكيفية تأثير صعوباته على الأسرة برمتها. ومن خلال الاستشارة الأولية فإنه يمكن لمدير الحالة تحديد السبيل الأمثل للتعامل مع المعطيات التي تجمعت وأساليب التقييم التشخيصي اللازمة.

وفي ثمة استشارة فإنه يغلب أن يطلب إليك وصف المواقف التي تهيئ الصعوبة الأكبر لطفلك، وما هي صعوباته. فعلى سبيل المثال، لو أن مشكلته الأكبر بالمدرسة فإن مدير الحالة سوف يبغي معرفة ما إذا كان طفلك لديه صعوبة في أداء العمل وحده، أو يقاطع الحصة، أو يتشاجر مع أطفال آخرين. وهل تحدث المشكلات في الفصل أم في الفناء أم في الكافيتريا؟ وهل توجد مواقف في المدرسة لا يكون لطفلك فيها أية مشكلة؟ إن هذه الأنواع من الأسئلة يمكن أن تساعد مدير الحالة في معرفة ما إذا كان طفلك بحاجة إلى مزيد من التقييم والفحص النفسي التربوي، أم أن هنالك حاجة إلى الإدارة السلوكية.

وبالإضافة إلى الإشارة إلى مواطن الصعوبة فإن مدير الحالة سوف يحاول تحديد مستوى قوة الأعراض. ويمكن أن تستخدم مقاييس أو قوائم التقدير rating scales التي سيأتي ذكرها وذلك لتحديد ذلك المستوى. وسوف تتضمن الاستشارة الأولية أسئلة حول مستوى الضغوط داخل أسرتك ومدى إتاحة الدعم الأسري أو المجتمعي وموارد أسرتك. وقد تسأل عن مهاراتك الوالدية وفنياتك النظامية. إن كل هذه العوامل تلعب دوراً في تحديد أنماط تلك التدخلات التي قد يحتاجها طفلك. فعلى سبيل المثال، نجد أن

طفلاً لديه صعوبة معتدلة وله والدان محنكان قد يحتاج علاجاً سلوكياً فقط، بينما قد يحتاج طفل آخر ينتمي إلى أسرة تواجه ضغوطاً أشكالاً أخرى من التدخل أيضاً. وقد يعجز حتى أعلى والدين مهارة عن التعامل مع طفل ذي صعوبة حادة بشكل بناء. وربما يحتاجان علاجاً طبياً وعلاجاً سلوكياً لطفلهما وكذلك دعماً لنفسيهما وذلك من أجل إدارة الطفل بشكل فعال.

إن الاستشارة الأولية توفر أيضاً فرصة للوالدين لمناقشة رغباتهما وتوقعاتهما. فعلى سبيل المثال، إذا واجهتك عملية استخدام العلاج الطبي لطفلك فإنها تكون المرة التي تحيل فيها تلك المعلومات إلى مدير الحالة. أو إذا كنت معنياً أساساً بأداء طفلك بالمدرسة لكنك تشعر أن بإمكانك التفاعل معه بالبيت، فعليك أن تقوم بالإخبار عن ذلك. وإنه لأمر طبيعي أن يكون للوالدين أهداف كثيرة في التماس العلاج. وتتيح لهما الاستشارة الأولية فرصة لوضع الأولويات، ما يجعل أفدح المشكلات قابلة للتعامل معها أولاً.

تقدير السلوك

حيث إن ADHD مسألة سلوكية وفقاً لتعريفه، فإن أفضل طريقة لتحديد ما إذا كان الطفل يعاني من أعراض مماثلة له تكمن في دراسة سلوكه باستخدام مقاييس طبيعية. وتقوم طرق التقييم هذه بتقدير سلوك الطفل في سياق بيئته أكثر من الإطار غير الطبيعي وغير المألوف لعيادة الطبيب أو المصحة. وتشمل طرق تقدير السلوك قوائم تعطى للوالدين والمعلمين وتعطى أحياناً للأطفال أنفسهم. وهي تعمل على تقدير أو تقييم سلوك الطفل، كما تشمل هذه الطرق الملاحظة المتخصصة للطفل في سياق طبيعي مثل المدرسة أو الفناء أو البيت.

قوائم التقدير

تستخدم قوائم التقدير لتحديد طبيعة ومدى الصعوبة التي تعترض الطفل في كل من البيت والمدرسة. وكما ذكرنا في الفصل الثاني فإن أول قائمة للتقدير شاع

استخدامها لقياس فرط النشاط كانت قائمة تقدير المعلم لسلوك الطفل لكونرز التي تأخذ مسمى CTRS كما يشار إليها أحياناً باستبانة المعلم لكونرز أو CTQ والتي جرى تصميمها في عام ١٩٦٦. وقد كانت قائمة كونرز الأصلية تضم تسعة وثلاثين سلوكاً افترض أنها تصف الطفل مفرط الحركة. وقد شهدت القائمة تعديلات عبر السنين، كما ظهرت قوائم تقديرية أخرى شملت قوائم التقدير التي تقيم إدراك الوالدين لمشكلات الطفل.

إن الوضع الطبيعي أن يقوم كل من والدي الطفل ومعلميه بالاستجابة على قوائم التقدير. وكثيراً ما تتباين إدراكات الوالدين وإدراكات المعلمين بشكل واضح. ويمكن أن تفهم هذه الاختلافات بسهولة إذا أخذنا في الاعتبار المطالب المختلفة الملقاة على عاتق الطفل في البيئتين. جدير بالذكر أنه متى توفر فقط قائمة تقدير واحدة فقط ولتكن على سبيل المثال قائمة تقدير لولي الأمر فإن الكثير من صعوبات الطفل قد لا تكتشف. ورغم أن الوالدين قد يعتقدان أنهما يعلمان جيداً المشكلات التي يواجهها المعلم مع طفلهما، إلا أنهما يعرفان القليل فقط عن هذه المشكلات أو الصعوبات عادة. ويتميز المعلمون أيضاً بوضع أفضل لتقدير سلوك الطفل مقارنة بسلوك الأطفال الآخرين في سنه.

وتشمل قوائم تقدير ولي الأمر لسلوك الطفل شائعة الاستخدام قائمة تقدير الوالدين للأعراض لكونرز، وقائمة التقدير لسوانسون ونولان وبيلهام SNAP، وقائمة ملاحظة سلوك الطفل لأكنباك CBCL، واستبانة المواقف المنزلية. بينما تشمل قوائم تقدير المعلم لسلوك الطفل قائمة تقدير المعلم لسلوك الطفل لكونرز، وبروفيل الانتباه النشاط للطفل CAAP، والقوائم الشاملة لتقدير المعلم لاضطراب:ADDH (ACTeRS)، واستبانة المواقف المدرسية. جدير بالذكر أن قوائم التقدير هذه لا تحل محل بعضها البعض رغم أنها جميعاً تقيم نفس الخصائص بشكل محدد وهي: عدم الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط. من جهة أخرى، فإن قائمة ملاحظة سلوكية الطفل لأكنباك CBCL تقيم أيضاً خصائص أخرى مثل الانسحاب الاجتماعي والاكتئاب والقلق

والمشكلات السلوكية. وبذا فإنها تعطي مقياساً عريضاً لصعوبات الطفل. في حين أن بروفيل الانتباه النشاط CAAP وقائمة كونرز يتناولان أعراض ADHD بشكل يعكس الرؤية الضيقة.

وتقدر الدرجات على كل من القوائم بصورة معينة. ومن خلال وصف كيفية استخدام قائمة تقدير المعلم لسلوك الطفل لكونرز CTRS فإنه سوف تتضح بشكل عام كيفية استخدام كل هذه القوائم. وتضم قائمة المعلم ثمانية وعشرين سلوكاً ويطلب إليه تحديد مدى انطباق كل من هذه المفردات أو البنود على الصغير.

ويبين شكل (١) جزءاً من قائمة التقدير. فبالنسبة إلى كل مفردة بالقائمة يعطي المعلم الطفل درجة (صفر) متى اختير عمود "لا على الإطلاق" ويعطي الدرجة (١) للاختيار "بدرجة صغيرة"، بينما يعطي الدرجة (٢) للاختيار "بدرجة كبيرة"، كما يعطي الدرجة (٣) للاختيار "بدرجة كبيرة جداً".

ومن بين هذه الأسئلة الثمانية والعشرين فإن عشرة منها تتعلق تحديداً بفرط النشاط. ويقوم الفاحص بجمع الدرجات على هذه الأسئلة العشرة للحصول على درجة فرعية تسمى مؤشر فرط النشاط. وتكون أقل درجة فرعية ممكنة صفراً في حين أن أعلى درجة فرعية تكون ثلاثين درجة.

وقد استطاع الباحثون من خلال تطبيق قائمة التقدير على الآلاف من الأطفال في سن المدرسة أن يحددوا الدرجة المتوسطة للأطفال في كل سن ونوع. كما حددوا الدرجات الفارقة المطابقة للسن بحيث يعتبر الطفل فوق هذه الدرجة الفارقة مفرط النشاط.

ويمكن أيضاً حساب درجات فرعية أخرى من خلال معلومات قائمة التقدير. إذ إن هنالك مجموعة مختلفة من الأسئلة ترتبط بالسلوك الفوضوي غير المتعاون المشاكس. ومن خلال جمع درجات هذه الأسئلة، فإن الفاحص يمكنه الحصول على درجة فرعية تخص "المشكلات السلوكية". وبالمثل فإن جمع الدرجات الخاصة بمجموعة أخرى من الأسئلة يمكن أن يؤدي إلى مؤشر أو قياس لعدم الانتباه والسلبية.

وترتبط بعض المفردات على القائمة بأكثر من مشكلة سلوكية. فمثلاً، يتضمن عرض «الثورات الانفعالية والسلوك المفاجئ/ الصادم temper outbursts and unpredictable behavior» في كل من الدرجتين الفرعيتين لفرط النشاط والمشكلات السلوكية.

ورغم أن هذه الدرجات يمكن أن تعطي الانطباع بالموضوعية والتحديد الدقيق، إلا أنه يتعين النظر إليها ببعض الشك. ذلك أن أي شخص يطالع قائمة السلوكيات يمكنه رؤية أن أناساً مختلفين قد يترجمونها بشكل مختلف. فالسلوك الذي قد يبدو زائداً بالنسبة إلى معلم أو ولي أمر قد يبدو مقبولاً تماماً لدى آخر. وقد يعتقد معلم أن طفلاً ما تنتابه أحلام اليقظة بشكل «مفرط جداً» في حين أن معلماً آخر يمكن أن يرى أن الطفل «نادراً» ما يشهد أحلام اليقظة. لذا فإن معلومات قوائم التقدير لا يجب أن تكون الأساس الوحيد للتشخيص. لكنها يمكن أن تنبه أولياء الأمور والمختصين إلى الطبيعة العامة لصعوبات الطفل. كما أنها يمكن أن تستخدم كمعلومات قاعدية لأغراض المقارنة مع بيانات قائمة التقدير المتحصل عليها بعد بدء الطفل العلاج.

شكل (١): قائمة كونرز لتقدير المعلم استبانة المعلم

اسم الطفل: الصف: تاريخ التقييم:

الرجا الإجابة عن جميع النقاط. وقم بتحديد درجة المشكلة بوضع علامة (√) بجوار كل منها.

		لا على الإطلاق	بدرجة صغيرة	بدرجة كبيرة	بدرجة كبيرة جداً
١	يبدي عدم الاستقرار				
٢	يحدث ضوضاء حينما لا يتعين قيامه بذلك				
٣	يريد تحقيق طلباته فوراً				
٤	يتصرف بوقاحة				
٥	يثور انفعالياً ويبدي سلوكاً مفاجئاً				
٦	حساس بشكل واضح إزاء النقد				

رغم كون الملاحظة المباشرة للطفل في المدرسة في بيئته الطبيعية إحدى أهم وسائل دراسة السلوك، لكنها قد تكون أقلها استخداماً. وحيث إنها تتضمن زيارة الأخصائي النفسي للمدرسة وملاحظة الطفل في الفصل و/ أو في الفناء إلا أنها قد تكون شديدة التكلفة. ورغم هذا فإنها يمكن أن تعطي معلومات مفيدة متى وضع العلاج السلوكي في الاعتبار. وبإمكان الأخصائي النفسي الذي يزور مدرسة الطفل أن يعرف بماذا يعمل وما هي متطلبات المدرسة الدراسية ومدى كفاءة المعلمين في إدارة سلوك الطفل وجوانب أخرى تتعلق بالبيئة المدرسية التي يمكن أن تؤثر في قدرة الطفل على الانتباه و/ أو الابتعاد عن الاضطرابات.

ويمكن أيضاً أن تسمح الزيارة للأخصائي النفسي بإرساء علاقة عمل طيبة مع معلمي الطفل ومع أناس مهمين آخرين بالمدرسة مثل المدير أو المرشد. وتختلف طرق الملاحظة بين الأخصائيين النفسيين. فيسجل بعضهم ملحوظات حول أنشطة وسلوكيات الطفل. ويستخدم البعض الآخر مدخلاً أكثر منهجية من قبيل استخدام قائمة أو استمارة يتم في ضوئها رصد وقوع مواقف سلوكية معينة مثل قيام الطفل من مقعده أو التحدث إما بشكل ملائم أو غير ملائم أو التركيز على شيء ما بجانب المعلم أو الدرس.

ثمة نوع آخر من التشخيص السلوكي من خلال الملاحظة المباشرة يتضمن إعداد خبرة اللعب أو موقف محاكي للطفل في مكتب أو عيادة الطبيب. فعلى سبيل المثال، يمكن للأخصائي النفسي أن يضع الطفل في غرفة للعب بحيث يمكنه الملاحظة من خلف مرآة ذات وجه واحد. ويمكن للأخصائي النفسي إذا تواجد الوالدان مع الطفل في غرفة اللعب أن يرى مدى إذعان الطفل لتعليمات والديه. أو ربما يطلب إلى الطفل إتمام بعض المهام أثناء ملاحظة الأخصائي النفسي لقدرته على الانغماس في «المهمة».

وتعد عملية التشخيص السلوكي باستخدام المحاكاة أبسط منطقياً من الزيارة المدرسية، لكن ليس لكل العيادات أو المراكز الصحية الإمكانيات لأدائها بشكل سليم.

زد على ذلك أن أداء الطفل على مهام معتمدة على المحاكاة قد لا ينبئ بأدائه في البيئة الأكثر إثارة بالفصل الدراسي.

الفحص الكامل لطبيب الأطفال

ربما يبغي طبيب الأطفال لقاء ولي الأمر والطفل لجمع معلومات حول التاريخ الطبي للطفل وحالته الراهنة. ويعد هذا أحد أهم أجزاء تشخيص اضطراب ADHD وخاصة إذا كان طبيب الأطفال ملماً بهذا الاضطراب. وسوف يتجه إلى التحقق من شكاوى ولي الأمر وظنونه، وتحديد ما إذا كانت هنالك جوانب بدنية أو عصبية مرتبطة بمشكلات انتباه الطفل، ومعرفة ما إذا كانت هنالك أسباب تستدعي تجنبه العلاج الطبي.

إن بعض الأطباء يهتمون بمعرفة التاريخ النهائي المفصل جداً ويجرون فحصاً بدنياً شاملاً. ومن المحتمل أكثر أن يقوم الطبيب الجديد بهذا وكذلك الطبيب في مستشفى الرعاية من الدرجة الثالثة tertiary – care حيث يكون مثل هؤلاء الأطباء مدربين على البحث عن المشكلات غير العادية وغير الظاهرة. هذا بينما يجري أطباء آخرون فحوصاً أقل توسعاً. فعلى سبيل المثال، ربما يشعر طبيب الأسرة بأنه يعرف القدر الكافي عن صحة الطفل والتاريخ الطبي له، ما يجعل الفحص الطبي الشامل غير ضروري. ويمثل الفحص التالي فحصاً شاملاً جداً، ولا يتعين أن تنزعج إذا لم يسأل الطبيب جميع الأسئلة أو إذا لم يقم بإجراء كل عمليات التقييم. إن الفحص/ التقييم الذي يخضع له الطفل سوف يعتمد على عوامل متعددة تشمل طبيعة صعوباته وخبرة الطبيب مع الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط ومعرفة الطبيب السابقة بطفلك.

راندي

أتى راندي إلى د. ماريان ميركو جليانو بمستشفى فيلادلفيا للأطفال بعد أن قدم أخصائيه النفسي حالة راندي في لقاء لفريق ADHD واتفقت المجموعة على أن

العلاج الطبي يمكن أن يكون مفيداً للصبي ذي السنوات العشرة. وقامت الدكتورة ميركو جليانو في البداية بمقابلة والدة راندي إيلين لمحاولة الحصول على صورة عامة لصعوبات راندي ومعرفة المزيد حول تاريخه الطبي والعائلي. وشرحت لإيلين أنها أرادت استبعاد أية مشكلات طبية أو عصبية قد تقف وراء مشكلات راندي السلوكية ومشكلاته في التعلم. وأرادت معرفة ما إذا كانت هنالك أية أسباب مسئولة عن عدم حصول راندي على علاج طبي.

وسألت الطبيبة إيلين عدداً من الأسئلة حول حملها وميلاد راندي. ووصفت إيلين الحمل بالصعوبة؛ فقد كانت تعاني من الغثيان بشكل شبه مستمر وكان الجنين نشيطاً جداً. وقد تعاطت مضاداً للغثيان لمدة قصيرة. ولكن بخلاف ذلك فإنها لم تأخذ أية أدوية أثناء الحمل ولم تتعاط كحوليات ولم تدخن. وقد تلقت رعاية طبية عادية، ولم تشهد أية وعكات صحية أو عدوى. كما أنها لم تحتج إلى أشعة سينية، ولم تتعرض لحادث.

وقد ولد راندي بعد أيام قليلة من تاريخ ولادته المنتظر، وكان وزنه أقل من سبعة أرطال عند الميلاد. وقد بدا بصحة جيدة لدى مولده. وباستثناء بعض الصفراء التي اعترته في الأسبوع الأول حيث تلقى علاجاً بسيطاً لها، فإنه لم يصب بأية مشكلات صحية. وقد ذهب إلى المنزل مع إيلين بعد ثلاثة أيام من رعاية الأطفال حديثي الولادة بالمستشفى.

وتذكر إيلين أن راندي كان يبكي باستمرار حين كان رضيعاً وكان قليل النوم. ومع بداية المشي عند حوالي عشرة أشهر (مبكراً نوعاً ما) كنت تجده في كل شيء. ومع إتمامه عاماً كان بإمكانه التسلق إلى خارج مهده. وقد بدا كثير الإصابات في سنواته الأولى. ورغم أن راندي لم يكن يعاني من أية حساسية إلا أنه كثيراً ما كان يعاني من حكات بالجلد وتهيجات أنفية. وتعرض كثيراً لعدوى بالأذن في السنوات الثلاث الأولى من حياته. ولكن بخلاف هذه المشكلات فإنه لم يشهد مشكلات صحية كثيرة. فلم يتعرض أبداً لنوبات تشنجية، كما لم يشهد أية مشكلات في الرؤية أو السمع أو حوادث خطيرة. ولم يتعاط عقاقير قوية بخلاف الأسيتامينوفين ومستحضرات علاج الكحة البرد.

وقد راجعت الدكتورة ميركو جليانو الأعراض البدنية الرئيسة لراندي وصحته العامة مع إيلين سائلة إياها حول أية اضطرابات ممكنة خاصة بالرئتين أو القلب أو الأمعاء أو الكليتين أو العظام أو العضلات أو المفاصل أو الدم أو الجلد. كما سألتها عدداً من الأسئلة التي ربما لم تطرح في تشخيص/ تقييم قياسي لطب الأطفال لكنها تنتمي تحديداً إلى ADHD. فعلى سبيل المثال، سألتها حول طباعه، وعاداته في النوم والطعام، وما إذا كان يثور غضبه، أو ما إذا كان يبلل فراشه، وما إذا كان ذا عادات عصبية.

وقد بلغ راندي المستوى المهاري في الكلام والحركة عند أو قبل السن المتوقع. وكان يستخدم اليد اليمنى أساساً وكان أيضاً جيد التآزر ومحباً للرياضة ويبلي فيها جيداً. أما العادة العصبية الوحيدة التي كانت تستدعيها إيلين فهي أنه كان يعض أظفاره أحياناً. ووصفت إيلين راندي بالحزين وحاد المزاج في الصباح، وكثير الحزن والسلبية في أوقات أخرى كذلك. وقالت: إن معلمي راندي يدعون أنه يعاني صعوبة في توصيل أفكاره إلى زملائه في الفصل. وهو جيد التواصل مع أقربائه.

ثم سألت الدكتورة حول عائلتي إيلين وزوجها ريتشارد. وقالت إيلين: إن لها أخاً كان يقع في طفولته في مشكلات بالمدرسة وقد أخذ شيئاً أسمته العائلة "دواء الأعصاب". وشخصت حالة ابن أخ وابنة أخت لإيلين أيضاً بأنها "فرط للنشاط". كما كانت عائلة ريتشارد ملأى بقصص مشكلات التعلم والمشكلات السلوكية. حتى أن ريتشارد نفسه فصل من المدرسة في الصف الثامن وواجه صعوبة بالغة في بلوغ الجامعة. ولم يكن لدى أي من أفراد عائلة إيلين أو ريتشارد أي تاريخ باضطرابات نفسية أخرى أو تعاطٍ.

وحينما أتى راندي إلى مكتب الدكتورة سألته في البداية عما إذا كان يعلم سبب وجوده هناك. وأجاب راندي بأسف بأنه كان يعاني من سوء التركيز في المدرسة، وقال "أقع في مشكلات أكثر من معظم الأطفال ويتعلق الأمر غالباً بالتحدث ونسيان واجبي المنزلي".

وقالت له الطبيبة "تواجه كثيراً من الناس مشكلات في الانتباه والتركيز. وأنت لست سيئاً أو غبياً. والأمر أشبه بقيام دماغك بعمل أشياء كثيرة في نفس الوقت. ويوجد

هذا صعوبة أحياناً في التواصل مع الناس أو الأداء الحسن بالمدرسة". وقد سألته عن أي التغيرات التي يبغي رؤيتها فقال أنه يريد فقط معلمين لطفاء.

إن الفحص البدني الذي أجرته الطبيبة كان في أغلبه كأي فحص للأطفال. فقد تفحصت الحالة الصحية العامة لراندي من خلال قياس الوزن وفحص أذنيه وعينيه وحلقه وقلبه ورئتيه وغدده الليمفاوية. وفحصت إبصاره وسمعه ولاحظته وهو يمشي عبر الغرفة للتأكد من تحركه بشكل طبيعي. وقد رأت أن راندي يبدو طفلاً عادياً وإن كان أصغر قليلاً بالنسبة إلى سنه، لكنه لا يحمل أية خصائص بدنية غير طبيعية تفصح عن عيوب وراثية أو أية علامات على خلل في الغدة الدرقية أو التعرض إلى اضطهاد بدني أو جنسي.

وفي إطار الفحص العصبي الروتيني، قامت الطبيبة بفحص ردود أفعاله المنعكسة واتزانه وتآزره وقوته وكانت كلها طبيعية. (إن العثور على أمور غير طبيعية في أي من هذه المؤشرات العصبية لا يعطي تشخيصاً إيجابياً لاضطراب ADHD، لكنها أي تلك المؤشرات تنبه الطبيب إلى اضطرابات أخرى). ولم تر الطبيبة أية مؤشرات تدل على علامات عصبية بسيطة مثل الحركات اللاإرادية أو ضعف التآزر. وتسمى هذه "بالعلامات البسيطة " لأنها لا تدل على مرض عصبي محدد، لكنها قد تكون علامات على عدم النضج العصبي أو ضعف التنظيم.

وبالإضافة إلى البحث الواضح عن مرض أو مشكلة طبية ما والتي لم يوجد أي منها فإن فحص راندي قد خدم هدفاً قيماً آخر. فقد سمح للطبيبة بالتفاعل مع راندي وملاحظة سلوكه مباشرة. ولاحظت أنه كان متعاوناً بشكل عام، وكان طفلاً سعيداً ذا مستوى متوسط من مهارات التواصل. وقد بدا حزيناً، لكنه لم يبد أية علامات على فرط النشاط. بيد أنها علمت أن الأطفال يختلفون غالباً في السلوك والتصرفات في مكتب الطبيب مقارنة بسلوكهم وتصرفاتهم في بيئات أكثر ألفة. وحتى الأطفال ذوي المستوى المرتفع من نقص الانتباه فإنهم يبدون فائقي الانتباه حينما يوضعون في بيئة غير مألوفة، أو حينما يواجهون برجل أو امرأة ترتدي معطفاً أبيضاً ومعها إبر وأدوات أخرى غريبة. لذا

فإن الطبيب لا يمكنه القيام بعمل تشخيص لاضطراب ADHD بالاعتماد فقط على سلوك الطفل في مكتب الطبيب.

لقد بين الفحص الطبي لراندي أنه طفل صحيح البدن ولم يكن هناك ما يدل على أي اضطراب عصبي أو طبي يؤدي إلى عدم الانتباه أو مشكلات سلوكية. كما أنه لم يوجد ما يمنع العلاج الطبي. لكنه بالنسبة إلى بعض الأطفال فإن الفحص الطبي يفضي إلى الحاجة إلى المزيد من الفحص المتخصص. فإذا كان الطفل على سبيل المثال مصاباً بنوع من الحساسية فإن ثمة فحصاً من قبل متخصص في الحساسية يكون ضرورياً. ذلك أنه في بعض الأحيان تكون بعض أنواع الحساسية مؤذية جداً فتسهم في المشكلات السلوكية. وإذا توصل طبيب الأطفال إلى أية نتائج مقلقة تنبئ عن مشكلة عصبية متفاقمة، فبإمكانه إحالة الطفل إلى طبيب أعصاب من أجل إجراء المزيد من الفحوص والاختبارات الممكنة. إن ثمة فحوصاً مثل فحص رسم الموجات الدماغية electroencephalogram المعروف بالاختصار EEG أو التصوير باستخدام الأشعة المقطعية CT (التصوير الطبقي أو الطوموغرافيا: دراسة تصوير الدماغ بالاعتماد على أشعة إكس) أو التصوير باستخدام الرنين المغناطيسي MRI (وهو تقنية لتصوير الدماغ لا تستخدم أشعة إكس) يمكن أن تكون مطلوبة إذا كان تاريخ الطفل يفترض احتمال تعرضه لنوبات انفعالية أو ورم بالدماغ، أو إذا كان الطفل تعتريه أعراض مرض منكس بالجهاز العصبي أو مرض عصبي آخر.

الفحص المعرفي

إن العديد من الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية يعانون أيضاً من صعوبات في التعلم (انظر الفصل الأول). وإذا كانت هذه حالة الطفل فإنه يحتمل أن يتجه الأخصائي النفسي إلى إعطائه عدداً من الاختبارات التي تقيس جوانب مختلفة من التعلم. إن هدف هذه الاختبارات هو تحديد ما إذا كان الطفل يعاني من صعوبة معينة في التعلم أو ما إذا كانت صعوبات تعلمه ترتبط أكثر بمشكلات في الانتباه أو الاندفاعية و/ أو فرط النشاط. ويمكن أيضاً لهذه الاختبارات أن تكشف عن نمطه الخاص في التعلم

الذي يمكن أن يساعد المعلمين والأخصائيين النفسيين وأولياء الأمور في وضع برنامج تربوي ملائم.

اختبارات الذكاء والتحصيل

يعطى اختبار الذكاء عادة أولاً. ويعد أكثر اختبارات الذكاء شيوعاً اختبار وكسلر المعدل للأطفال (WISC-R) واختبار ستانفورد بينيه. ويمكن أن يعطى الأطفال دون الست سنوات اختبار وكسلر المعدل لذكاء أطفال ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية (WPP-SI-R).

وإذا أعطي طفلك أحد هذه الاختبارات فإن النتيجة ستسجل في هيئة نسبة للذكاء IQ. وتقسم الدرجات من اختبارات وكسلر إلى درجة لفظية ودرجة أدائية (غير لفظية) ودرجة كلية. وتعبر الدرجة اللفظية عن أداء الطفل على الاختبارات الفرعية مثل المفردات والفهم والمتشابهات. بينما تعبر الدرجة الأدائية عن قدرات التنظيم الفراغي لديه كما تقاس باختبارات فرعية مثل إكمال الصور وتصميم المكعبات وتجميع الأشياء. وتعكس الدرجة حجم المقارنة بين أداء الطفل على الاختبار بما هو متوقع بالنسبة إلى الطفل المتوسط في سنه.

وهكذا فإن الدرجة ١٠٠ تشير إلى ذكاء متوسط، وتشير الدرجة الأقل من ١٠٠ إلى ذكاء دون المتوسط. كما تشير الدرجة فوق ١٠٠ إلى ذكاء فوق المتوسط. أما الدرجة الأقل من ٧٠ فإنها تشير إلى تخلف عقلي.

ويمكن أيضاً تحليل درجة الطفل لتحديد درجة (للحرية من التشتت) التي يعتبرها البعض مقياساً موثوقاً به لعدم الانتباه. بيد أن صدق هذا المقياس يتشكك فيه خبراء كثيرون لشعورهم بأنه يعكس بالفعل قدرة الطفل على معالجة المعلومات الرمزية، لكنه قد لا يرتبط مباشرة بمدى الانتباه.

وتكون الدرجة اللفظية والدرجة الأدائية وثيقتي الارتباط عادة. ويمكن أن تعكس الفروق الأكثر من خمس عشرة نقطة نمط تعلم خاص. فعلى سبيل المثال يمكن

للطفل الذي يعالج المعلومات اللفظية بشكل أفضل من معالجته المعلومات البصرية أن تكون درجته أعلى بدلالة على الأجزاء اللفظية مقارنة بدرجته على الأجزاء الأدائية من الاختبار. ويفترض وجود صعوبات تعلم حينما تختلف قدرة الطفل أو ذكاؤه بشكل دال عن أدائه كما تقاس باختبارات التحصيل والتحصيل (الإنجاز) الدراسي الفعلي.

لذا فإن الاختبارات التالية التي تعطى عادة هي اختبارات تحصيل. ويشيع استخدام اختبارات تحصيل معينة مثل الصورة المعدلة من اختبار التحصيل واسع المدى (WRAT-R)، والصورة المعدلة من البطارية النفسية التربوية لوودكوك جونسون، واختبارات بيبودي للتحصيل الفردي (PIAT). وتقيس هذه الاختبارات المهارات الأكاديمية للطفل في ميادين عدة تشمل القراءة والكتابة والرياضيات. وإذا دلت هذه الاختبارات على أن الطفل ذو تحصيل أقل من قدرته العقلية فإن الأمر يتطلب تطبيق اختبارات أخرى لتحديد طبيعة صعوبة التعلم لديه.

مقاييس الانتباه والاندفاعية

قد لا تنجم مشكلات التعلم لدى الأطفال المصابين باضطراب ADHD عن صعوبات تعلم معينة وإنما نتيجة لمشكلات أخرى تواجههم في تكريس الانتباه وكبح ميلهم إلى الاستجابة المندفعة وتنظيم أفكارهم وتخطيط الاستراتيجيات وحل المشكلات. وتستخدم أحياناً أدوات معينة لتقييم الأهمية النسبية لهذه الجوانب المختلفة من الأداء. ويمكن لهذه الأدوات أن توجه التدخل التربوي نحو جوانب الضعف المحددة لدى الطفل، رغم أنها ليست مشخصة بالفعل لاضطراب ADHD.

فعلى سبيل المثال، يقيس أحد الاختبارات الشائعة ويدعى اختبار تطابق الأشكال المألوفة MFET درجة اندفاعية الطفل. ويعطى الطفل في هذا الاختبار بطاقة عليها صورة. ثم يطلب إليه إيجاد الصورة المطابقة من بين ست بطاقات أخرى بها صور مماثلة. ومن أجل الأداء الجيد على هذا الاختبار، فإنه يتعين أن يفحص الطفل الصور بدقة وأن يتمكن من كبح اندفاعيته الأولية. وهكذا فإن الاختبار لا يقيس الاندفاعية فحسب، وإنما يقيس أيضاً مهارات التمييز البصري لدى الطفل.

وتستخدم اختبارات أخرى لدراسة كيفية تجهيز الأطفال للمعلومات. وتشمل اختبارات اليقظة والانتباه مهمة الأداء المتواصل CPT واختبارات زمن رد الفعل. ويعطي الطفل في مهمة CPT سلسلة من الحروف ويطلب إليه الاستجابة لتسلسل مستهدف معين وذلك مثلاً من قبيل حرف S أبيض يليه حرف T أزرق. ويطبق هذا النوع من الاختبار باستخدام الكمبيوتر. ومن أجل الأداء الجيد على الاختبار، فإنه ينبغي أن يستطيع الطفل مواصلة انتباهه وأن يكبح الاستجابة المندفعة. وتقيس اختبارات زمن رد الفعل قدرة الطفل على الاستجابة نحو مثيرات بصرية بعد إشارة تنبيه أو مدى إعدادي ملائم وفي وجود مشتتات كالضوضاء في بعض الأحيان. ومرة أخرى فإن الطفل يجب أن يقدر على مواصلة الانتباه وتنحية المشتتات وكبح الاستجابة الاندفاعية.

ويقيس اختبار التذكير الانتقائي selective reminding test جانبين من الذاكرة والتعلم الجديدين. ويتألف هذا الاختبار من عدة جولات. ففي الجولة الأولى، يعطى الطفل قائمة باثنتي عشرة كلمة ويطلب إليه تذكر قدر منها. وفي الجولة الثانية يخبره الفاحص بما فاته ويطلب إليه تذكر القائمة مرة أخرى. ويتكرر هذا لنحو ثماني جولات. ويتم تقييم نتائج الاختبار في إطار مدى تمكن الطفل من التخزين واسترجاع للمعلومات. ويؤدي بعض الأطفال المصابين باضطراب ADHD جيداً على جوانب الذاكرة من الاختبار، لكن أداءهم يكون ضعيفاً على الجوانب الخاصة باسترجاع المعلومات. وقد ترتبط هذه الصعوبة بعدم القدرة على مواصلة الانتباه أو بالاستخدام الضعيف للاستراتيجية. وفي أي من الحالتين فإنها يمكن أن تترجم إلى صعوبة في إتمام الاختبار والمهام.

ثمة اختبار آخر يقيس قدرة الطفل على تعلم معلومات جديدة ومواصلة الانتباه يشمل محاولات متكررة لمهام خاصة بالذاكرة. فعلى سبيل المثال يمكن أن يعطى الطفل مجموعة مكونة من عشرة صور لحيوانات وعليه أن يضعها في أربع "حدائق للحيوان". وفي المرحلة الأولى يبين الفاحص للطفل أي الحيوانات تذهب لأي الحدائق. وفي المحاولات التالية فإنه يجب أن يحاول الطفل إعادة إيجاد نفس المطابقات.

وليس أي من هذه الاختبارات محدداً لاضطراب ADHD رغم أن الأطفال المصابين باضطراب ADHD ينزعون إلى الأداء الأضعف كثيراً عن الآخرين. ويمكن أن تشير نتائج الاختبار إلى أسباب لصعوبات التعلم عند الطفل وأن تفضي إلى اقتراح استراتيجيات تعويضية. فعلى سبيل المثال، إذا كان أداء الطفل ضعيفاً على اختبار التذكير الانتقائي فإنه يمكن استنتاج أن الطفل تعترضه صعوبة في تعلم معلومات جديدة وخاصة إذا قدمت تلك المعلومات بصورة لفظية. وقد يؤدي فهم هذا الجانب من نمط التعلم لدى الطفل إلى استراتيجيات أفضل يمكنك أو يمكن لمعلم الطفل استخدامها لجعله ينتبه ويستمع إلى التعليمات، وأن يسترجع المعلومات بشكل متسق، وأن يمكث مع المهمة، وأن يتفاعل مع المشكلات. وتتكرر هذه الاختبارات غالباً كما تتم مقارنة النتائج لتقييم آثار العلاج.

الفحص الطبي النفسي

تعتري بعض الأطفال الذين يبدون أعراض ADHD مظاهر القلق والاكتئاب والغضب المفرط. وحينما تكون هذه الأعراض حادة، فإن الأمر يمكن أن يستلزم فحصاً طبياً نفسياً أو فحصاً نفسياً. ويهدف هذا الفحص إلى تحديد ما إذا كان قلق الطفل أو اكتئابه أو غضبه يسبب مشكلاته السلوكية أو يعقدها، أو ما إذا كان يقع عرضياً نتيجة لمشكلاته الخاصة بالانتباه والاندفاعية وفرط النشاط والفشل الدراسي وما شابه ذلك. ويمكننا القول بوجه عام أنه حينما تكون المشكلات النفسية معقدة، أو حينما تشهد الأسرة خلافات حادة، أو عندما يستدعي الأمر علاجات بديلة فإن اللجوء إلى الطبيب النفسي يصبح ضرورياً.

وفي إطار الفحص الطبي النفسي فإن معالج الطفل سوف يتقصى مع الطفل حول مشاعره عن نفسه، وعن أسرته، وعن وضعه الدراسي/ المدرسي وعن أصدقائه. وسوف يتحرى عن التاريخ الطبي للطفل ومعالم/ مراحل نموه. وسوف يقوم بملاحظة السلوك الحركي للطفل، ومسار التفكير لديه وقدرته على الانتباه والتركيز، وقدرته على الانخراط في محادثة بناءة ومزاجه العام.

وسيعمل المعالج عادة أيضاً على دراسة وتحري تاريخ الأسرة من مشكلات التعلم والمشكلات السلوكية والوضع الراهن للأسرة. وسيهتم بتحديد مستوى تفاعل الطفل مع والديه وأقاربه، وتحديد مستوى الضغوط داخل الأسرة. وسوف يفضي الفحص/ التحري الطبي النفسي أحياناً إلى نتيجة أن الأسرة برمتها بحاجة إلى نوع ما من التدخل. وتجدر الإشارة إلى أن نسبة من الأطفال حينما يأتون إلى الفحص والعلاج من اضطراب ADHD فإن الوالدين تجدهما غارقين في لجة من الإحباط والغضب والقلق والاكتئاب بحيث يحتاجون هم أيضاً إلى بعض المساعدة والفهم.

وتتضمن الخطوة الأولى في علاج اضطراب ADHD عادة جمع معلومات عبر المقابلات والفحص البدني وقوائم التقدير، ومن خلال مراجعة الفحص النفسي السابق. ويستطيع المعالج من خلال هذه المعلومات معرفة مدى الحاجة إلى المزيد من الفحص أو العلاج الطبي، أو ما إذا كان العلاج السلوكي سيصبح مفيداً. وتتمثل الخطوة التالية في علاج الطفل في تطبيق ومراقبة الاستراتيجيات المتبناة. وسوف تتم مناقشة هذه الموضوعات في الفصول الثلاثة التالية.

الفصل السادس

العـــلاج الـطـبـي

إن التساؤل عما إذا كان الأمر يتطلب علاجاً طبياً بالنسبة إلى الكثير من الأطفال ذوي المشكلات السلوكية أو الانتباهية سوف يفرض نفسه إن عاجلاً أم آجلاً. بيد أن العلاج الطبي يثير واحدة من أكبر المعضلات في وجه أولياء الأمور؛ إذ لا أحد يحبذ فكرة إعطاء طفله أدوية وخاصة إذا كان الدواء المختار موضع الكثير من الخلافات والجدل. لكن الوالدين في الوقت ذاته يبغيان الأفضل لصغيرهما وما سيعطيه أفضل خيار لتحقيق النجاح في المدرسة والمجتمع. وتعد العقاقير فعالة إلى حد بعيد دون شك بالنسبة إلى معظم الأطفال وتبدو المدخل العلاجي الوحيد الأكثر فعالية.

ولقد تولدت ممانعة علاج الأطفال بالعقاقير في جزء منها جراء الأخبار السيئة حول عقاقير مثل الريتالين. وقد ناقشنا باختصار في الفصل الثاني الجدل حول الريتالين في سبعينيات القرن العشرين والمعارك القانونية المتواصلة حوله حتى الوقت الراهن. ويظهر كل بضعة أشهر أو نحو ذلك مقال في مجلة شهيرة ينتقد استخدام الريتالين في علاج نقص الانتباه وفرط النشاط. ونظراً للصورة السلبية العامة عن الريتالين، فإن بعض أطباء الأطفال يمانعون في استخدامه. كما أصبح بعض أولياء الأمور يشعرون بالذنب إذا أوصلوا طفلهم إلى العلاج الطبي. ورغم ذلك فقد كان هنالك في التسعينيات نحو مليون طفل يعالجون بالعقاقير من أجل كبح فرط نشاطهم ونقص انتباههم.

ولا يفضي ذلك إلى القول بأن الريتالين بريء من مشكلاته؛ ذلك أنه يستخدم في بعض الأحيان بشكل غير ملائم. ويمكن أن يساء استعماله في بعض الأحيان. كما يمكن أن تكون له آثار جانبية سلبية. وهو ليس فعالاً بالنسبة إلى جميع الأطفال. كما أن آثاره ليست نوعية، ما يعني أنه يؤثر في جوانب كثيرة من وظائف الدماغ وليس فقط تلك المرتبطة باضطراب ADHD.

ويهدف هذا الفصل إلى وصف ما هو معروف وما هو غير معلوم عن الريتالين والعقاقير الأخرى المستخدمة في علاج ADHD. ولكي يكون أي عقار فعالاً وآمناً فإنه لا بد أن يوصف ويراقب بدقة. وإنك بحاجة إلى أن تعرف الفوائد الممكنة للعقار بالنسبة إلى طفلك وما هي العقاقير غير المجدية. كما أنك بحاجة إلى معرفة الآثار الجانبية المحتملة وكيفية التعرف إلى المشكلات إذا ظهرت لدى صغيرك.

إننا نقدم في هذا الكتاب مداخل علاجية متعددة ومختلفة لاضطراب ADHD، لكن عماد العلاج الأساسي يتمثل في مزيج متعدد الأنماط من العلاج الطبي وتعديل السلوك. لذلك فلعلك تتساءل.. إذا كان العلاج السلوكي فعالاً فلماذا لا يجري استخدامه بديلاً للعقاقير؟ لكن ما يؤسف له أن بعض جوانب سلوك الأطفال يصعب تعديلها. كما أن هنالك حدوداً معينة لما يمكن أن يغيره العلاج الطبي. فلن يجعل العلاج الطبي طفلك مثالياً، ولن يجعله أعلى مستوى. إنما قصاراه أن يحرر طفلك من ربقة صعوباته بحيث يمكنه التعاطي مع مشكلاته بنجاح أكبر.

ويخصص معظم هذا الفصل للريتالين لأنه العلاج القياسي الذي يحكم على بقية العلاجات الأخرى في ضوئه. كما أنه العلاج الذي نال نصيب الأسد من البحث وهو الأكثر استخداماً. ولعل الاستخدام الواسع للريتالين يفسر لماذا تناوشته الانتقادات كثيراً. وإن بعض العقاقير الأخرى التي توصف لطفلك لا تحمل "تراث" الريتالين، ولا يخشى منها كثيراً ولا يتهددها عدم الثقة. لكنه ينبغي أن تعي أنها أيضاً لم تحظ بدراسة كافية. ولم يثبت أن أياً منها فعال بالنسبة إلى أطفال كثيرين بعكس الريتالين. كما أن أياً منها لم يبد أنه أكثر أماناً.

الريتالين والمنبهات الأخرى

لقد بدأ أول استخدام للمنبهات لعلاج فرط النشاط في عام ١٩٣٧ على يد تشارلز برادلي الذي استخدم البنزدرين. وفي الستينيات من القرن العشرين ظهر الريتالين (ميثيل فينيديت) وأصبح بسرعة العقار الأوسع استخداماً لعلاج ما بات يسمى بعدئذٍ بفرط الحركة hyperkinesis. وتشمل المنبهات شائعة الاستخدام الأخرى دكسترو أمفيتامين (ديكسيدرين) وبيمولين (سيليرت).

قد تبدو فكرة استخدام منبه لعلاج فرط النشاط غير منطقية. ويمكن القول عامة أنه وفقاً للأدبيات المرتبطة بالمنبهات فإنها يفترض أن تزيد النشاط الحركي ولا تقلله. إن الجرعات الكبيرة من هذه العقاقير يمكن أن يكون لها بالفعل تأثير منبه على الأفراد العاديين لتعطيهم «طفرة» قد تؤدي إلى سوء الاستخدام. لكن استخدام جرعات صغيرة موصفة من قبل الأطباء يجعل هذه العقاقير تدعم الانتباه ومن ثم تكبح فرط النشاط. كما أنها تزيد من اليقظة الذهنية والقدرة على التركيز، بينما تقلل التعب، وتريح البال. وتجدها أحياناً تحدث مستوى حميداً من الاغتباط والانتعاش. لكنه ليس مفهوماً تماماً كيف تعمل هذه العقاقير على اختزال فرط النشاط وزيادة الانتباه عند الأطفال المصابين باضطراب ADHD.

وما هو معروف رغم ذلك أن حتى الأطفال من غير المصابين باضطراب ADHD ينزعون إلى أن يكونوا أكثر انتباهاً لدى إعطائهم منبهات. ويعتقد أن المنبهات تحدث آثاراً في مناطق مختلفة كثيرة من الدماغ وعلى نظم مختلفة من الناقلات العصبية.

ورغم أن التأثير البيوكيميائي والفسيولوجي للمنبهات قد خضع لدراسة عريضة، إلا أنه ليس واضحاً كيف تؤثر هذه المؤثرات الفسيولوجية على أعراض ADHD. لكن هنالك الكثير المعروف حول الآثار السلوكية العامة للعقاقير. وتجد في الفصول وفي البيوت أن أولياء الأمور والمعلمين يذكرون أن الأطفال حينما يتعرضون لهذا العلاج الطبي فإن مستوى النشاط في غير المهام يقل ويصبح الأطفال أكثر إذعاناً وأقل عدوانية. كما يبدو أن المنبهات تدعم التحكم الذاتي. ويذكر المعلمون غالباً أن الأطفال الذين يحصلون على العلاج الطبي تزيد قدرتهم على التركيز خلال الأنشطة ويمكثون "مع المهام".

بعبارة أخرى فإنه تبدو المنبهات لتساعد التحكم في المشكلات الأساسية لاضطراب ADHD ألا وهي فرط النشاط والاندفاعية ونقص الانتباه. وتؤيد الاختبارات المعملية هذه الفكرة. ذلك أنه أثناء الأداء على اختبارات مثل اختبار الأداء المتواصل واختبار تعلم إقران الأزواج التي يفترض أنها تقيس قدرة الأطفال على

الاحتفاظ بالانتباه، فإن أداء أطفال ADHD يتحسن حينما يتم إعطاؤهم منبهات مقارنة بأدائهم عندما لا يتم إعطاؤهم تلك المنبهات.

الفوائد الثانوية لتحسن السلوك

إن إحداث تحسنات في هذه السلوكيات يفرز عدداً من الفوائد الثانوية. وتتمثل إحداها في أن الأطفال الأقل اندفاعية وعدوانية ينزعون إلى التواصل بشكل أفضل مع زملائهم وأولياء أمورهم؛ إذ إن المنبهات حينئذٍ تكون قد كسرت الحلقة المتكررة من التفاعلات الاجتماعية السلبية. وعلى سبيل المثال فإن بعض الأطفال المصابين باضطراب ADHD يتواصلون بشكل ضعيف مع والديهم. وهم ينزعون إلى أن يكونوا ممانعين وغير مذعنين، ويستجيب الوالدان بأن يكونا سلبيين وعقابيين. لكن الدراسات أوضحت أن بعض الأطفال حينما يجري علاجهم باستخدام الريتالين فإن هذه الصراعات تكون أقل حدة ويتحسن سلوك كل من الوالدين والأطفال. وقد بين الباحثون أنه باستبدال العقار بدواء إيهامي placebo فإنه حينما يتحسن سلوك الطفل فإن ذلك لا يرجع إلى توقعات الوالدين بأنه سوف يتصرف بشكل أفضل حال العلاج الطبي. وفضلاً عن ذلك فإن سلوك الطفل المتحسن ذاته يؤسس لسلوك والدي أفضل.

ورغم أن المنبهات يمكنها أن تحسن السلوك الاجتماعي للأطفال ومن ثم قدرتهم على تكوين صداقات والتواصل مع أقرانهم، إلا أن خطوات أخرى تصبح في الغالب ضرورية لتحقيق تحسنات جوهرية طويلة المدى في العلاقات مع الأقران. وسوف نناقش هذه الخطوات في الفصل الحادي عشر.

الآثار على التعلم

يعرف الريتالين بتحسينه لسلوك الأطفال في الفصل وفي غيره، لكن آثاره على عمليات تعلمهم أقل وضوحاً. ولعل المرء يرى أن الأطفال سوف يتعلمون بشكل أفضل وبسرعة أكبر وذلك لمجرد أنهم يمكنهم تكريس انتباه أكبر ويحتاجون درجة أقل من إدارة التنظيم. لكننا نجد في دراسات عدة أن الأطفال الذين عولجوا باستخدام منبهات

ظلوا متراجعين في تحصيلهم الدراسي. وهنالك عدة تفسيرات ممكنة لهذه النتيجة. إذ إن المنبهات ضعيفة التأثير في تقويم الصعوبات المعرفية التي قد تؤثر في قدرة الأطفال على التعلم. فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل ذا صعوبة في معالجة الأشياء التي يسمعها (نقص في التجهيز السمعي) فإنه يحتمل أن تظل هذه الصعوبة قائمة حتى حينما يخضع انتباهه للتحكم. وبالنسبة إلى النسبة الأكبر من الأطفال ذوي اضطراب ADHD ذوي صعوبات التعلم فإن المنبهات تعالج فقط جزءاً من المشكلة لديهم.

ويتمثل السبب الآخر الذي يكمن وراء عجز الدراسات عن كشف الآثار الإيجابية على التعلم الناجمة عن المعالجة بالمنبهات في أن الفوائد بالنسبة إلى التعلم يمكن أن تكون كامنة وغير ممكنة القياس فيما عدا لو تم تناولها عبر فترة زمنية طويلة. فعلى سبيل المثال، افترض أن طفلاً يبدأ في أخذ الريتالين في وسط العام الدراسي وهو الوقت الذي كان أداؤه فيه دون المستوى الصفي. وهو يواصل أخذ الريتالين حتى نهاية العام الدراسي. ورغم أنه قد يجني بعض المكاسب الدراسية نتيجة للعلاج الطبي إلا أنه يحتمل أكثر أن يظل دون المستوى الصفي لدى نهاية العام. ولقد بينت الدراسات الحديثة أن العلاج الطبي يسهم في إحداث تحسنات جوهرية على صعيد المهام الدراسية النوعية مثل الرياضيات والتهجئة. لكن الاختبارات شائعة الاستخدام ربما لا تكون حساسة بالقدر الكافي لكشف التحسنات المتواضعة، وذلك رغم أن هذه التحسنات قد تبدو جلية راسخة عبر الوقت.

ثمة سبب ممكن ثالث يقف وراء نقص مكاسب التعلم الواضحة أن التحسنات السلوكية الناجمة عن العلاج الطبي غير كافية لترميم سنوات تراجع التحصيل الدراسي التي عاشها الأطفال قبل العلاج الطبي. فعلى سبيل المثال، نجد الطفل الذي يبدأ أخذ الريتالين في الصف الرابع ربما يكون قد فاته لتوه تعلم بعض المهارات الأساسية اللازمة للنجاح في الحياة لاحقاً. كما أنه ربما يكون قد بدأ في وصم نفسه بالفشل ويكون عاجزاً عن حلحلة العبء الانفعالي السلبي الذي جمعه عبر السنين. ويبرر هذا الخط الاستدلالي بقوة التدخل المبكر لدى الأطفال المصابين باضطراب ADHD.

ويرى بعض الباحثين أن الريتالين قد يؤثر سلباً على التعلم بجعل الأطفال يفرطون في التركيز بها يمكن أن يقيد تفكيرهم المرن أو الفعال. ويمكن أن يفسر هذا لماذا يؤدي الأطفال المعالجون بشكل أفضل على اختبارات قوية البنية للانتباه واليقظة وهم لا يزالون ضعيفي الأداء بالمدرسة. وقد أجريت دراسات لاختبار هذا الفرض باستخدام مختلف الأدوات لتقييم الجوانب المختلفة من الوظائف المعرفية مثل المرونة والقدرة على حل المشكلات. لكن النتائج لم تكن متسقة. ففي دراسات قليلة بدا أن الريتالين يقلل الأداء على هذه الاختبارات بينها لم يظهر مثل هذا الأثر في دراسات أخرى. وفي دراسات أخرى لوحظ أن الريتالين يساعد في الارتقاء بأداء الأطفال على مهام التعلم المركبة.

وإجمالاً، فإن أثر الريتالين على التعلم ليس واضحاً لكنه يبدو متوسطاً نسبياً عبر مدة قصيرة. ويعتقد بعض الباحثين أنه يمكن بمرور الوقت أن تصبح الفوائد جوهرية. ورغم هذا فإذا كان طفلك ذا صعوبات في التعلم، فإن أنماط التدخل بجانب الريتالين سوف تمسي ضرورية لمساعدته.

الآثار الجانبية للعلاج بالمنبهات

يمكن تقسيم الآثار الجانبية الناجمة عن استخدام الريتالين إلى ثلاث فئات عامة هي: فئة الآثار الشائعة، وفئة الآثار النادرة، وفئة الآثار النادرة جداً. وتشمل فئة الآثار الجانبية الشائعة اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل فقدان الشهية أو اضطراب المعدة. وقد يقول لك طفلك «إن معدتي متوعكة». وليس الإحساس الذي يصفه غثياناً رغم أن الأطفال الأصغر قد يقولون أنهم يشعرون بتعب في معداتهم. وتدوم هذه الشكاوى عادة لأكثر من أسبوع، ولا تتأثر بها إذا كان الطفل يأخذ العلاج الطبي قبل أو بعد الوجبات.

آثار كبح الشهية

هي أثر جانبي شائع آخر. وقد تكون ملحوظة بدرجة أقل إذا تم أخذ العقاقير بعد الوجبات لما كانت الآثار تختفي قبل الوجبة التالية. ورغم كبح الشهية، إلا أن الأطفال المعالجين لا يفقدون الوزن أو يفشلون في زيادة وزنهم إلى درجة ملحوظة. وربما يعود ذلك

إلى أن الأطفال المعالجين يكونون أقل نشاطاً ولذلك فإنهم يحرقون سعرات حرارية أقل، أو لأنهم يقومون بتناول وجباتهم في أوقات شبعهم. ويمكن لأولياء الأمور أن يساعدوا في تقليل أهمية آثار كبح الشهية بالمرونة في أوقات الطعام. كما أن نمو الطفل يجب أن تجري مراقبته عن كثب.

وهنالك آثار جانبية شائعة أخرى تشمل الأرق والصداع اللذين يمكن أن يحدثا إما أثناء مدة تأثير الدواء أو حينما يتلاشى تدريجياً. وإذا كان الطفل يصاب بصداع مباشرة بعد تلقيه الدواء فربما يكون قد أخذ جرعة زائدة جداً. ونجد أن أعراض الصداع تكون أكثر شيوعاً في أواخر اليوم وتنبغي مراقبتها بدقة. وإذا تواصلت لبعض الوقت أو إذا كانت حادة فإن الطبيب ربما يتجه إلى تعديل برنامج العلاج.

وقد يشهد الأطفال الذين يتعاطون منبهات زيادة طفيفة في ضربات القلب أو ضغط الدم وهو ما يكون موضع اهتمام ضعيف عادة. ورغم ذلك فإن هذا الأمر تنبغي مراقبته. وربما يوجد ذلك مشكلة لدى المراهقين الذين لديهم تاريخ عائلي من أمراض القلب. ويشير بعض الأطفال أيضاً إلى الشعور بالذعر والذي قد يرتبط بأخذ الدواء على معدة خاوية.

ثمة عرض جانبي شائع آخر قليلاً ما يتم فهمه ما يتمثل في مشكلة الانتكاسة. وتعني الانتكاسة تدهوراً في أعراض سلوكية معينة بعد توقف العلاج. ويذكر الكثير من أولياء الأمور أن أطفالهم بعد توقف العلاج ينحون إلى الأفضل أو الطبيعي، لكنه الأسوأ بالفعل مقارنة بما كان عليه الحال قبل الدواء. وهم يبدون ميالين إلى الهياج والبكاء والغضب بسرعة. ويقول بعض أولياء الأمور أن أطفالهم يصبحون ثرثارين أو مفرطي النشاط وتدوم هذه الآثار لمدة ساعة تقريباً بعد توقف العلاج لكنها يمكن أن تكون مزعجة.

الآثار الجانبية الأقل شيوعاً

تشمل تلك الآثار تعطيل النمو واللزمات/ الخلجات العصبية. ولا يصبح تثبيط النمو مشكلة عادة لأن الأطفال ينزعون إلى زيادة النمو مقابل أي تأخر في النمو بسبب

العلاج خلال «فترات توقف العلاج». وتلك هي الأوقات خلال الصيف أو جزء من الصيف حينما يوصي الطبيب بتوقف الطفل عن أخذ الدواء. ومن خلال المراقبة اللصيقة لنمو طفلك فإنه يمكنك رصد أي تجمد للنمو قبل أن يصبح مشكلة.

إن اللزمات/ الخلجات العصبية هي سلوكيات منمطة متكررة مثل رمش أو بربشة العين. ويكون معظمها عارضاً، وهي تحدث كثيراً أثناء الطفولة. لكن المنبهات يمكن أن تسبب اضطرابات أكثر تعقيداً مثل متلازمة توريت لدى الأطفال الذين يكون لديهم استعداد لذلك.

الآثار الجانبية شديدة الندرة

وهي ترتبط بالعلاج طويل المدى وتشمل حالة خطيرة تسمى تثبيط النخاع العظمي bone marrow suppression الذي يمكن أن يسبب الأنيميا ومشكلات دموية أخرى. ويعد هذا الأثر الجانبي شديد الندرة بحيث إن معظم الأطباء لا يطلبون عادة تحليلات دم معملية من أجل التشخيص ما لم يكن هنالك ما يدل على وجود مشكلة. وإذا كان طفلك لديه حالة ذات صلة مثل اضطراب في الدم أو مرض كبدي فإن الطبيب قد ينحو إلى مراقبة اختبارات الدم بدقة أكبر أو عدم استخدام العلاج الطبي على الإطلاق.

ورغم كل الخلاف المثار حول مخاطر العلاج بالريتالين، إلا أن دراسات قليلة فقط هي التي اهتمت بالتنقيب في آثاره الجانبية المختلفة. لكن هنالك دراسة حديثة قامت بذلك. فقد تم قياس الخصائص السلوكية والبدنية لثلاثة وثمانين طفلاً في ظل ثلاثة أنماط علاجية مختلفة هي: العلاج الإيهامي placebo وتناول الجرعة المنخفضة من الريتالين، وتناول الجرعة العالية من الريتالين. وقد جرى تصميم التجربة بحيث لم يعلم الأطفال وأولياء أمورهم أية جرعة كان يتعاطاها الأطفال في أي وقت. وكما كان متوقعاً فإن معظم الآثار الجانبية التي شهدها الأطفال قد تمثلت في فقدان الشهية وقلة النوم وآلام بالمعدة والصداع. وفي الواقع فقد كانت هذه هي الآثار الجانبية الوحيدة التي لوحظت فروقات جوهرية بالنسبة لها حينما قورن الريتالين مع العلاج الإيهامي.

وقد حدثت كثيراً بعض المظاهر النفسية الأخرى التي تعزى إلى الآثار الجانبية للعلاج بالريتالين مثل القلق والاستثارة والحزن سواء عندما أخذ الأطفال العلاج الإيهامي أو حينما أخذوا الريتالين. وكان هنالك ثلاثة فقط من الأطفال قد غشيتهم أعراض جانبية خطيرة استدعت إيقاف أخذ العقار. وقد اختفت هذه الأعراض الجانبية بسرعة حينما تم سحب العلاج.

وتدعم هذه الدراسة وجهة النظر القائلة بأن المنبهات آمنة نسبياً إلا أنه يمكن حدوث ردود فعل عكسية وآثار جانبية قوية. وبإمكانك أن تحمي طفلك بالتأكد من أنك وطبيبك تقومان بمراقبة لصيقة للآثار الجانبية وكذلك للفعالية. إن معظم الآثار الجانبية إذا قدر لها الظهور فإنها تظهر مبكراً وسوف تختفي بسرعة إذا تم سحب العقار. وإذا كان طفلك يشهد آثاراً جانبية متوسطة مثل الصداع المتوسط أو المغص المتوسط فإن طبيبك قد يوجهك إلى مواصلة العلاج لمدة أسبوع أو أسبوعين وتكريس انتباه لما يشعر به الطفل. وسوف يختفي بعض من هذه الآثار الجانبية المتوسطة في الأسابيع القليلة الأولى. وإذا لم يحدث هذا فإنه يمكن الاتجاه إلى عقار آخر حتى إن كان منبهاً آخر.

موانع الاستعمال: من الذي يجب الا يأخذ الريتالين؟

من الأفضل ألا يجري استخدام الريتالين كعلاج بالنسبة إلى بعض الأطفال. ويتمثل أحد أهم أهداف الفحص البدني في معرفة ما إذا كان طفلك أحد هؤلاء الأطفال أم لا. ومن أهم الحالات التي لا يجب استعمال الريتالين كعلاج لها حالات مرض الكبد وبعض أشكال أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم. كما أنه يمكن استبعاد المنبهات بالنسبة إلى الأطفال ذوي اضطرابات النوبات التشنجية لما كان العقار يمكن أن يخفض العتبة الفارقة للنوبة التشنجية بصورة نظرية، ما يزيد من احتمالية وقوع النوبات. ويحاول الأطباء أحياناً علاج مثل هؤلاء الأطفال باستخدام منبه ومضاد للتشنج في آن واحد. وتفترض الدراسات الأولية أنه حينما تكون نوبات الأطفال تحت السيطرة الجيدة باستخدام علاج مضاد للتشنج وبإضافة منبه فإنه يمكن دعم انتباههم بدون زيادة خطر النوبات.

ويتم تجنب المنبهـات عامة بالنسبة إلى المرضى ذوي اضطرابات اللزمات/ الخلجات العصبية العضلية التي تشمل متلازمة توريت. لكن اللزمات/ الخلجات العصبية العضلية يندر أن تظهر قبل سن السابعة حيث يكون الطفل حينئذٍ ربما قضى سنوات قليلة من العلاج بالمنبه. وهكذا فإن الأطباء يستخدمون المنبهات بشكل حذر مع الأطفال ذوي التاريخ العائلي من اللزمات/ الخلجات العصبية لأن المنبهات يعتقد أنها تزيد من احتمالية حدوثها أو تفاقمها. من جهة أخرى فقد بينت بعض الدراسات أن المنبهات لا تفاقم من اللزمات/ الخلجات العصبية وأن هذه العقاقير يمكن استخدامها بأمان مع الأطفال المصابين باضطراب ADHD ذوي اللزمات/ الخلجات.

ويعتقد أيضاً أن المنبهات تفاقم من القلق. أيضاً فإنه يمكن تبني استخدام بديل للعلاج بالمنبه مع الطفل صاحب ADHD والقلق. وإذا كان الطفل يتعاطى منبهات فإن الطبيب قد يبغي منك تجنب مزجها مع عقاقير أخرى تؤثر في السلوك والتي تشمل مضادات الاكتئاب والمهدئات والحبوب المنومة ومستحضرات البرد التي تحتوي الإفيدرين أو شبيه الإفيدرين. وإذا كان طفلك مصاباً بالبرد فإنه يمكنك إعطاؤه عقاراً للبرد ليلاً بعد الاختفاء التدريجي للريتالين أو في الأيام التي يمكث فيها بالبيت ولا يذهب إلى المدرسة ولا يحتاج إلى أخذ الريتالين. واحرص على أن تغرس في طفلك أن المنبهات يمكن أن تصبح خطرة إذا تم أخذها بجرعات كبيرة. وإذا أعطى العقار نتيجة وساعده في الأداء الأفضل، فاخبره بأنه لا يزيد مفعوله بشكل أفضل ليأخذ المزيد. وقد يستطيع الأطفال الأكبر الاضطلاع بالمسئولية ليأخذوا علاجهم الطبي، لكن أولياء الأمور يجب أن يستخدموا العقار بحذر مع أطفالهم الصغار.

الجرعة: كم مرة وبأي مقدار؟

توجد صورة من الريتالين تدعى الريتالين قصير المدى حيث يؤثر في السلوك بسرعة ويختفي في مدة قصيرة. وتدوم آثاره عادة لما لا يزيد على ثلاث إلى ست ساعات. وهنالك تركيبة أخرى تسمى الريتالين الممتد (Ritalin-SR) وهو متاح أيضاً وتدوم آثاره لنحو ثمان ساعات تقريباً. وتختلف ردود الفعل الفردية نحو الريتالين بشكل

كبير ويؤثر هذا على الجرعة. وبالنسبة إلى بعض الأطفال فإن حبة بها خمسة مليجرامات في الصباح تكون جرعة كافية في حين أنه بالنسبة إلى أطفال آخرين فإن جرعة قدرها ١٠ أو ١٥ أو ٢٠ مللي جرام لثلاث مرات في اليوم قد تكون مطلوبة.

ولا يستجيب بعض الأطفال نحو العقار على الإطلاق رغم أن نسبة غير المستجيبين للريتالين غير معلومة. وتشير التقارير المنشورة إلى أن الاستجابة المناسبة يمكن أن تتحقق في ٧٠ ٨٠٪ من الأطفال بحيث نجد نحو ٢٠ ٣٠٪ غير مستجيبين. لكنه في عيادة مستشفى فيلادلفيا للأطفال ولواحقها فإن نسبة غير المستجيبين تبدو أقل. وقد يعكس هذا الاختلاف المعايير المختلفة التي يجري استخدامها لتحديد ما إذا كان الطفل مستجيباً أم غير مستجيب. أو لعله يمثل فئة مختلفة من الأطفال الذين يعالجون في هذه العيادة الخاصة. وقد يكون الأمر أيضاً أن بعض الأطفال يصنفون كغير مستجيبين حينما لا يتلقون بالفعل جرعة مناسبة من العقار. وأياً كان السبب، فإن من الواضح أنه ليس جميع الأطفال يستجيبون حيال الريتالين.

وهنالك نقطتان مهمتان تجب مراعاتهما بالنسبة للاستجابة نحو الريتالين. أولاً: ما إذا كان الطفل يستجيب أم لا فإن ذلك لا يقول شيئاً حول ما إذا كان مصاباً بالفعل باضطراب ADHD حتى أن الأطفال العاديين من غير ذوي مشكلات نقص الانتباه أو فرط النشاط يصبحون غالباً أكثر انتباهاً وتركيزاً حينما يعطون منبهات.

ثانياً: حقيقة أن طفلاً بعينه لا يستجيب للريتالين لا تعني أنه لن يستجيب لمنبه آخر. ذلك أن كلاً من المنبهات الثلاثة الشائعة وهي الريتالين والديكسدرين وسيليرت تعمل وفق ميكانيزم مختلف بعض الشيء وتؤثر في الأطفال بشكل مختلف.

ويعتمد ما إذا كان الطفل مصنفاً كمستجيب أم غير مستجيب بدرجة ما على المعايير التي تستخدم للحكم على الاستجابة والمصدر الذي تستقى منه المعلومات. وغالباً ما تستخدم التقارير الوالدية و/ أو تقارير المعلمين عن سلوك الأطفال لتقييم مدى استجابتهم. ورغم أن هذه التقارير يمكن أن تعطي معلومات هامة، إلا أن المسألة عرضة للآراء الشخصية للفاحص. فقد يقرر المعلم على سبيل المثال أن سلوك الطفل يظل

دون التوقعات حتى رغم أنه قد تحسن بشكل كبير. وقد يحكم المعلم في الجرعة الأعلى بأن تحسن السلوك كافٍ لكن الطفل قد يشهد بعض الآثار الجانبية غير المرغوبة.

ولقد وضح هذا المفهوم بيانياً في عام ١٩٧٧ في دراسة تناولت كيفية تأثير الجرعات المختلفة من الريتالين في تقدير المعلم لسلوك الأطفال ومعدل ضربات القلب لديهم وقدرتهم على إنجاز المهام الأكاديمية. وفي هذه الدراسة فإن الأطفال الذين تلقوا جرعات منخفضة من الريتالين قد أدوا بشكل أفضل على المهمة الأكاديمية لكنهم ظلوا يتلقون تقديراً منخفضاً لسلوكهم من جانب المعلم. ولم يتأثر معدل ضربات القلب لديهم. ومع استخدام الجرعة المرتفعة نجد أن المعلمين قد صنفوا سلوك الأطفال على أنه متحسن كثيراً في حين انخفض أداؤهم الأكاديمي بشكل واضح. وقد كانت هذه الدراسة تعني أنه يجب التضحية بالأداء الأكاديمي من أجل تحقيق تحكم مناسب في السلوك. لكن الدراسات التالية بينت أن مستويات الريتالين المستخدمة في ١٩٧٧ كانت مرتفعة جداً. ومع استخدام جرعة أعلى من الجرعة المنخفضة لكنها أقل من الجرعة المرتفعة فإنه يمكن تحقيق مستوى جيد من التوازن في كل من السلوك والتعلم. وإن ما يجب أن تسعى إليه هو أقل جرعة والتي يتحسن معها سلوك طفلك مع انخفاض الآثار الجانبية إلى الحد الأدنى.

إن تحديد الجرعة المناسبة من الريتالين يمر غالباً ببعض التجريب. وتذكر الدراسات أن الجرعات الفعالة تتراوح بين (٠,٣) و (١,٥) مللي جرام لكل كيلوجرام من وزن الجسم في اليوم (مللي جرام/ كجم/ يوم) وحتى حد أقصى يبلغ ٦٠ مللي جرام/ يوم. ويعني هذا أنه بالنسبة إلى طفل يزن ستين رطلاً أي (٢٧,٣ كجم) فإن الجرعة الفعالة بالنسبة إليه يمكن أن تتراوح بين ١٠ مللي جرام/ يوم و ٤٠ مللي جرام/ يوم. ويجب أن تكون الجرعة المناسبة الفعلية فريدة بالنسبة إلى كل طفل. وحيث إن الريتالين يعمل بسرعة بالغة فإن فعالية ثمة جرعة خاصة يمكن تقييمها في مدة زمنية قصيرة نسبياً. ويعني هذا أن الطبيب يمكن أن يعد تجربة علاجية يتم فيها تجريب جرعات مختلفة كثيرة خلال مدة قدرها من أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

وقد أجريت هذه التجربة للطفل أليكس ذي السنوات العشرة الذي مر بنا في المقدمة. إن أبوي الصبي رغم ممانعتهما المبدئية للعلاج الطبي، إلا أنهما قررا تجريب استخدام منبهات بعد تحسين التدخل السلوكي لمستواه الأدائي لكنه لم يجعله يبلغ المستوى الذي بدا أنه قادر على بلوغه. (انظر ما يلي)

أليكس

امتدت تجربة أليكس لمدة أربعة أسابيع. وقبل بدء التقييم، طلب إلى معلميه ملء استمارات تقرير يومي (انظر الفصل السابع) لتقدير سلوكه وانتباهه في الفصل. وجرى استخدام تلك التقارير اليومية كمعلومات أساسية يمكن من خلالها عمل مقارنات لاحقة. وقد كان أليكس في كل يوم من التجربة عدا يوم الأحد يتلقى واحدة من أربع جرعات من الريتالين (صفر، ٥، ١٠، أو ١٥ مللي جرام). وقد تم إعطاء الجرعات بترتيب عشوائي، ولم يخبر المعلمون بالجرعة التي كان أليكس يتلقاها في يوم معين. وكان المعلمون يقومون كل يوم بملء استمارة تقرير يومي. وبعد الأيام القليلة الأولى مع الجرعة ١٥ مللي جرام ذكر معلمو أليكس أنه بكى وشكا من صداع. لذا فقد حذفت الجرعة ١٥ مللي جرام من التجربة. ولدى نهاية التجربة تم جمع كل التقارير اليومية ومقارنتها بالجرعة العلاجية التي تلقاها أليكس. وقد سمح هذا لطبيب أليكس برؤية آثار الجرعات المختلفة للعلاج على السلوك. كما أنه بإعطائه جرعة يوم السبت استطاع والدا أليكس ملاحظة سلوكه في البيت في ظل العلاج.

وفي حالة أليكس، فإن أقل جرعة علاجية (٥ مللي جرام) أحدثت تحسناً واضحاً في سلوكه والذي لم يتحسن بشكل كبير مع الجرعات الأعلى. وقد بدأ بدوره يأخذ خمسة ملليجرامات من الريتالين في اليوم كل صباح قبل المدرسة.

جدير بالذكر أنه لا تؤدي كل تجارب العقاقير إلى نتائج حاسمة كما في حالة أليكس. ويكون من الضروري أحياناً القيام بتجربة لجرعة أكبر. ويؤدي العقار أحياناً إلى آثار جانبية قبل تحقيق تحكم مناسب في السلوك. وفي أحيان أخرى فإنه تثبت عدم فعالية العقار بأية جرعة حيث يمكن تجريب عقار آخر حينئذ. فعلى سبيل المثال، تم إعطاء الطفل نيت (خمس سنوات) عشرة ملليجرامات من الريتالين لأنه كان مفرط النشاط. وبدا أن العقار يساعد بقدر صغير لكنه ليس كافياً ليستمر أثره معه بالمدرسة أو البيت. وكان

طبيب الأطفال الذي يتابعه يزيد الجرعة كل شهر بقدر قليل حتى بلغ حداً أقصى قدره ستون ملليجراماً/ يوم: أي بمعدل ثلاثين ملليجراماً في الصباح وثلاثين ملليجراماً في الغداء. وبعد ستة أشهر من أخذ نيت العقار لاحظت أمه أنه كان يقوم بقضم أظفاره وشفتيه. وقامت بإحضاره إلى مستشفى الأطفال بفيلادلفيا للفحص. ورغم أن سلوكه كان لا يزال خارج السيطرة إلا أن الأطباء قرروا سحب العلاج الطبي لأنه بدا ضعيف الاستجابة ويعاني من آثار جانبية واضحة. وبعدئذٍ قاموا بإحالة الصبي إلى أخذ عقار آخر بديل.

وتصمم التجارب العلاجية لاستخدام عقاقير أخرى بشكل مختلف من أجل معرفة الخصائص المختلفة لكل عقار من قبيل طول المدة التي يأخذها العقار ليكون فعالاً وإلى أي مدى تدوم آثاره. وسوف تجري مناقشة هذه الخصائص فيما يلي.

تعد جرعة من الريتالين في الصباح كافية بالنسبة إلى الأطفال طوال اليوم. ويحتاج الأطفال في الغالب إلى جرعتين في اليوم وربما ثلاث جرعات. وتؤخذ الجرعات في الصباح وفي وقت الغداء. وقد يفوض الأطفال الأكبر سناً لأخذ العقار بأنفسهم في وقت الغداء أو يمكن تكليف ممرضة الأطفال (دادة المدرسة) أو المعلمة بإعطاء العلاج. وتتحدد حاجة الطفل، وكم وصعوبة الواجب المنزلي الذي يكلف به والأنشطة بعد الدوام المدرسي التي قد يشارك فيها. ويتطلب الأمر أحياناً جرعة بعد الظهيرة لكنه وجد أنها تسبب مشكلات في النوم. وقد يقترح الطبيب في مثل هذه الحالات ضبط الوقت الذي يأخذ الطفل عنده جرعة ما بعد الظهيرة. ويبدو أحياناً أن صعوبات النوم لا تنجم عن الآثار المنبهة للعقار إنما تنتج جراء الارتداد. وربما ينصح الطبيب في هذه الحالات بأخذ الطفل جرعة صغيرة من الدواء قرب وقت النوم.

إن الكثير من الناس يشعرون أن الريتالين للمدرسة فقط وأن على أولياء الأمور أن يكونوا قادرين على التعامل مع الأطفال بالبيت بدون علاج طبي. ولكن ربما لا يكون هذا دائماً ضمن أفضل الخيارات للطفل. فإذا كان سلوكه يضيف ضغوطاً كبيرة للأسرة أو إذا كان عاجزاً عن التركيز على واجبه المنزلي فإن تعليق العلاج قد يؤذي الطفل أكثر مما يفيده.

وهنالك بديل نجده في الريتالين ممتد المفعول الذي يمكن إعطاؤه كجرعة واحدة في الصباح ويكمل بجرعة قرب المغرب من الريتالين قصير المدى متى كان ضرورياً. ورغم أن هذا النظام يفيد مع بعض الأطفال، لكنه ينزع إلى أن يكون أقل فعالية بعض الشيء بالنسبة إلى الغالبية لما كان الامتصاص عند بعض الأطفال متذبذباً.

ومتى حددت جرعة فعالة لطفلك فإن عليك أن تقرر بالتشاور مع طبيبك ما إذا كان سيأخذ العقار في العطلات (نهاية الأسبوع) وخلال العطلات المدرسية أم لا. ويشعر العديد من أولياء الأمور بأن أطفالهم يحتاجون العقاقير أساساً لمساعدتهم في مواصلة الانتباه في الفصل والأداء الجيد خارج المدرسة. وبالنسبة إلى أطفال آخرين فإن الأنشطة الزائدة على المناهج قد توجد مشكلات. فمثلاً، إذا كان الطفل يلعب كرة السلة فإنه قد يجد صعوبة إن كان لا يمكنه إعطاء انتباه للعبة. فقد شاركت الطفلة كارولين ذات السنوات الأربعة عشرة ضمن فريق المدرسة للعدو حول المضمار. وكانت تأخذ الريتالين عادة فقط في أيام المدرسة. لكن لقاءات المضمار كانت تعقد أحياناً في أيام السبت. ووجدت أنها كان بإمكانها التركيز بشكل أفضل على اللقاء والاحتفاظ برصانتها إذا أخذت علاجها الطبي في تلك الأيام أيضاً. إن وضع كل طفل لا بد أن يجري تقييمه بشكل مستقل لتحديد ما سيفيده بدرجة أكبر. ثمة قرار مماثل ينبغي اتخاذه بالنسبة إلى علاج طفل في الفسحات المدرسية والعطلات. وينصح الأطباء عادة بتحرر الطفل من العقار على الأقل لمدة معينة خلال العطلات الصيفية. ويسمح ذلك لهم بتدارك أي تأخر نمائي ربما شهدوه، كما يسمح للوالدين بملاحظة ما إذا كانت حاجاتهم إلى العلاج الطبي قد تغيرت. ويضخم بعض الأطفال من السلوكيات التي أدت إلى علاجهم الطبي في المقام الأول. وإذا كنت أنت وطبيبك تقرران إعطاء طفلك إجازة للعلاج الطبي فإنك لست بحاجة إلى جعلها تغطي الصيف بأكمله إذا خططت أسرتك والطفل الأنشطة التي تتطلب مستوى عالياً من التعاون والطاعة. فعلى سبيل المثال، إذا كان طفلك ذاهباً إلى يوم معسكر صيفي فإن العلاج الطبي يمكن أن يساعده في بناء علاقات وصداقات أفضل مع الأطفال الآخرين والمشاركة في أنشطة المعسكر بصورة أفضل.

الاستعمال طويل المدى للريتالين

لما كان اضطراب ADHD حالة طويلة المدى فإن العلاج الطبي يكون مطلوباً لمدة زمنية طويلة. ويثير هذا اهتمامين على الأقل لدى الكثير من أولياء الأمور: أولاً: هل سيصبح الطفل متسامحاً مع العلاج الطبي؟ ثانياً: هل سيصبح مدمناً؟ إن الإجابة على كلا هذين السؤالين تبدو بالنفي رغم أننا بحاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات حول العلاج طويل المدى قبل إعطاء إجابات قاطعة. وبمرور الوقت فإن جرعات الريتالين للأطفال ربما تحتاج إلى الزيادة، ولكن هنالك دراسة واحدة على الأقل ذهبت إلى أن مقدار الزيادة اللازمة يرتبط أكثر بوزن الجسم الزائد أكثر من ارتباطه بكون الأطفال أكثر تساهلاً حيال جرعة معينة. وقد يصبح بعض الأطفال وليس معظمهم متساهلين مع الريتالين. لذا فإنه يتعين أن يواصل طبيبك مراقبة فعاليته. ويبدو أن إدمان الريتالين يحدث كثيراً. ونجد غالباً أنه ما يلبث الأطفال أن يبلغوا أعتاب المراهقة حتى يرفضوا خوض مشوار العلاج الطبي ويريدون المزيد ليكونوا مثل أصدقائهم. ولقد أشارت دراسات عدة إلى أن إدمان الكحول والمخدرات يحدث بدرجة أكبر بين الأفراد المصابين باضطراب ADHD مقارنة بالعاديين، لكن ذلك لا يبدو مرتبطاً بها إذا كان الفرد قد أخذ الريتالين.

إن بعض الناس يشعرون أن الاستخدام طويل المدى للريتالين أو أي علاج طبي قد تكون له متعلقات بتقدير الذات عند الأطفال. وقد يلتصق بالأطفال الذين يجري علاجهم لمدة طويلة الإحساس بأنهم غير طبيعيين أو سيئون. أو لعلهم يتجنبون الاضطلاع بمسئولية أفعالهم ويلقون باللائمة على علاجهم. (سوف نناقش هذه المسائل في الفصل الحادي عشر)

ورغم أن المشكلات المرتبطة باضطراب ADHD قد تستمر عبر حياة الطفل إلا أن حاجته إلى العلاج قد تقل. وكثيراً ما نجد أن الأطباء يوصون بإيقاف علاج الأطفال لدى وصولهم إلى مرحلة المراهقة. ويظل بعض الأطفال يواصلون التماس العلاج طوال فترة مراهقتهم وحتى البلوغ. ولقد قامت دراسات قليلة بتقييم

المتعلقات الصحية طويلة المدى للاستخدام المتواصل للريتالين. وحتى يتم إجراء المزيد من الدراسات، فإنه ينبغي أن يخضع الأطفال لمتابعة لصيقة للتأكد من أن صحتهم تظل جيدة.

الديكسدرين والبيمولين

إن الكثير من المعلومات الخاصة بالريتالين تتعلق أيضاً بالمنبهات الأخرى الأكثر شيوعاً: ديكسترو أمفيتامين (ديكسيدرين) والبيمولين (سيلبرت). ولهذين المنبهين أنماط تأثيرية مختلفة بشكل طفيف، وقد تؤثر في نظم مختلفة للنقل/ الاتصال العصبي بدرجات مختلفة. وهكذا فإن منبهاً معيناً يمكن أن يعمل بشكل أفضل من آخر بالنسبة إلى طفل معين. لكن الريتالين يبدو فعالاً بالنسبة إلى معظم الأطفال. وحيث إن الريتالين قد تم استخدامه على نطاق واسع لسنوات كثيرة، فإن ما هو أكثر بكثير معروف حول بروفيل أمانه.

جدير بالذكر أن الآثار الجانبية المقترنة بالديكسيدرين مماثلة لتلك المقترنة بالريتالين فيما عدا أنها تحدث بنسبة أكبر. وتتراوح الجرعة المعتادة بين (١٥ , ٠) و (٤ , ٠) مللي جرام/ كجم/ يوم. وكما هو بالنسبة إلى الريتالين فإن الديكسيدرين يتطلب غالباً جرعة لمرتين يومياً ويمكن أن تتبدى آثاره خلال الساعة الأولى أو ما إلى ذلك. ويتاح الديكسيدرين أيضاً في صورة عقار ممتد المفعول.

ولقد جرى استخدام سيلرت بشكل أكثر توسعاً في أوروبا مقارنة بالولايات المتحدة. وهو يختلف عن المنبهات الأخرى أساساً في مدة تأثيره. فنجد مع استخدام الريتالين أن المستويات الدموية للعقار تنهار بسرعة وتتلاشى فعاليته خلال من ثلاث إلى خمس ساعات. ولكن بالنسبة إلى سيلرت فإن المستويات الدموية تظل مرتفعة لمدة أطول ولا تبدأ فعاليته في التلاشي لنحو سبع ساعات. ورغم بقائه فعالاً لمدة أطول، إلا أن جرعة مرتين في اليوم قد تظل ضرورية. وتتمثل مزية سيلرت في أن الجرعة الثانية يمكن إعطاؤها بعد المدرسة، لذا فإن أولياء الأمور يمكنهم إعطاؤها بأنفسهم مباشرة دون اعتماد كامل على ممرضة المدرسة. ويتميز سيلرت أيضاً بأنه من خلال جرعة يومية

(مرتين) فإن المستويات الدموية تظل متسقة أكثر منها متذبذبة هبوطاً وارتفاعاً بشكل واضح كما تفعل مع الريتالين والديكسيدرين، لذلك فإنه لا يحدث الارتداد.

وهنالك عيب كبير في سيلرت يتمثل في أن فعاليته تبنى تدريجياً أحياناً خلال أول أسبوعين أو ثلاثة أسابيع من العلاج بما يحتم تجربة علاجية تدوم لسبعة أسابيع أو شهر وليس عدة أيام. ويحاول بعض الباحثين الآن في ذلك ويقولون أن فعالية سيلرت يمكن أن تقيم عند اليوم الثاني أو الثالث من العلاج. وتكون جرعة البداية المعتادة (٣٧,٥) مللي جرام/ يوم وتعطى صباحاً. ويمكن زيادة هذه الجرعة بالتدريج حتى (١١٢,٥) مللي جرام/ يوم. وتتشابه آثاره الجانبية العامة مع تلك المقترنة بالريتالين. كما يمكن أن يحدث تسمم بالكبد.

مضادات الاكتئاب

حينما لا تؤثر المنبهات، وعندما تعطي آثاراً جانبية غير مرغوبة، أو حينما يلج الطفل حالة التعايش التي تمنع استخدام المنبهات فإنه يمكن استخدام عقار بديل. ولقد اكتسبت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات TCAs شعبية في علاج ADHD وخاصة بالنسبة إلى المراهقين والراشدين الذين هم مكتئبون أيضاً. وتتمثل أكبر هذه المضادات استخداماً في الإيميبرامين (واسمه التجاري توفرانيل أو جانيمين) والديسيبرامين (واسمه التجاري نوربرامين أو برتوفران).

وتتفوق هذه العقاقير بمزايا كثيرة على المنبهات. فهي من جهة تتمتع بمدة تأثير أطول، ولذلك فإنه يمكن إعطاؤها مرة أو مرتين في اليوم بحيث تحتفظ بمستوى دموي متسق وهو ما يقلل من خطر الارتداد. كما أنها تتميز بأنها تحمل معها خطراً أقل من الإدمان أو الاعتماد، ولعلها تكون الأقل قابلية لإحداث تفاقم في حالة القلق أو الاكتئاب إذا صاحبت هذه الأحوال ADHD.

أخيراً فإنها تبدو أقل قابلية لمفاقمة حالة التشنجات الوجهية أو كبح الشهية. لكن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات TCAs ذات مثالب أيضاً. والشيء الأهم في ذلك

أن هنالك تقارير حديثة كثيرة عن الموت المفاجئ للأطفال الذين أخذوا ديسيبرامين إما لعلاج ADHD أو لعلاج التبول الليلي. وليس معروفاً ما إذا كانت مضادات اكتئاب أخرى ثلاثية الحلقات بجانب الديسيبرامين تزيد أيضاً من خطورة وقوع الموت المفاجئ أم لا. ومن الواضح أننا بحاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات قبل اعتبار هذه المضادات آمنة بالنسبة إلى الأطفال ذوي ADHD. ولا يوجد اتفاق عام حالياً حول استخدامها معهم. (وسوف نقوم فيما يلي بمناقشة آثارها الجانبية وإجراءاتها الاحتياطية)

إن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات هذه تعمل عبر ميكانيزم مختلف عن ميكانيزم عمل المنبهات رغم أن الميكانيزم الدقيق يظل غير واضح. ومثل المنبهات فإنها تتفاعل مع الناقلات العصبية. ويبدو أن الديسيبرامين يؤثر على ناقل عصبي خاص يدعى نورإبينيفرين، لذلك فإنه قد يصاحب بردود فعل عكسية أقل مقارنة بالعقاقير التي تعمل على ناقلات عصبية كثيرة. وفي الأطفال ذوي اضطراب ADHD فإن آثاره السلوكية تكون مشابهة لتلك التي لدى الأطفال الذين يأخذون منبهات. وقد توصلت دراسة حديثة إلى أن الديسيبرامين يعمل على تحسين السلوك جيداً في نحو سبعين بالمائة من المرضى مقارنة بنحو عشرة بالمائة من المرضى الذين تلقوا العلاج الإيهامي. ومن جهة أخرى فإن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات تؤدي أيضاً إلى تحسن عام في مزاج الأطفال.

وتتسم آثار هذه المضادات على التعلم بعدم الوضوح. ونجد في الاختبارات المعملية للأداء المعرفي أن الأطفال الذين يأخذون هذه المضادات الاكتئابية يبدون تحسناً أقل أو لا يتحسنون البتة. لكنه قد يكون هنالك فوائد طويلة المدى بالنسبة إلى التعلم لم تجر دراستها بعد، مثلما حدث مع الدراسات الأولى حول آثار الريتالين.

الآثار الجانبية

مثلما تفعل المنبهات فإن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات TCAs تفرز عدداً من الآثار الجانبية العامة والصغرى نسبياً. وتشمل تلك الآثار جفاف الفم وضعف الشهية والصداع وألم المعدة والتعب والإعياء واضطراب النوم. وتصاحب المضادات

الاكتئابية أيضاً بارتفاع في ضغط الدم وتغيرات في معدل ضربات القلب واضطراب الإيقاع الحيوي. وقد قطعت معظم الدراسات بظهور هذه التغيرات، لكنها غير ملفتة إكلينيكياً. لكنه في ضوء التقارير الحديثة عن الموت المفاجئ عند الأطفال الذين يأخذون الديسيبرامين فإن أهمية التغيرات في وظيفة القلب يجب إعادة تقييمها. ويقع الموت المفاجئ حينما يبدأ القلب فجأة وبدون توقع في الخفقان بسرعة بالغة. ومما يؤسف له أنه لا توجد طريقة سهلة لتحديد من هو مؤهل لحدوث إيقاعات غير طبيعية مميتة. لذا فإن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات قلبية أو من لديهم تاريخ عائلي من الموت المفاجئ من المتوقع أن يجري استبعادهم من أخذ مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات.

إن الموت المفاجئ يقع عند البنين الذين تتراوح أعمارهم بين ثمان وعشرة سنوات حتى رغم أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات قد تم اعتماد استخدامها فقط مع المراهقين والراشدين. لذا فإن الكثير من الأطباء قد يتجنبون العلاج الطبي بهذه المضادات للأطفال تحت سن ١٢ سنة حتى تتم معرفة المزيد حول كيفية منع حدوث الموت المفاجئ. لكنه يبدو أن استخدام هذه المضادات مع المراهقين والراشدين آمن نسبياً.

وحينما توصف المضادات الاكتئابية ثلاثية الحلقات لعلاج ADHD فإنها تبدأ عادة بجرعة منخفضة ثم تزداد تدريجياً حتى يتم تحقيق تحكم كاف في السلوك. وبالنسبة إلى الديسيبرامين فإن هذا المستوى يكون عادة ٤,٥ ملليجرام/ كجم/ يوم. وقد وجد أن الجرعات الأقل من ٣,٥ ملليجرام/ كجم/ يوم تكون أقل فعالية، كما صوحبت الجرعات الأعلى من خمسة ملليجرام/ كجم/ يوم بتفاقم الآثار الجانبية. ولوحظ أن الجرعات الكبيرة من الإيميبرامين تسبب الكوابيس والحكة وألم العضلات والاستثارة ضمن مشكلات أخرى.

ونحن لا نعرف الكثير عن الاستخدام طويل المدى لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. وقد جرى استخدامها كثيراً لعلاج الاكتئاب لدى كل من المراهقين

والراشدين، لكن ثمة علاجاً يـدوم عادة لمدة من ثـلاثـة إلى ستة أشهر. وليس معلوماً حالياً ما إذا كانت أية آثـار عكسية طويلة المدى تصاحب استخدام هذه المضادات أو ما إذا كان التسامح مع العقـار يزيد. ونجد في دراسات كثيرة أن فعالية الإيميبرامين تقل مع الوقت، كما نجد في بعض الحالات أنه قد صوحب بتفاقم سوء الأعراض بالفعل. وحيث إن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات لا تعطي المرضى الشعور بالطفرة أو الفورة المصاحبة أحياناً لاستخدام المنبهات مع الراشدين فإن مخاطرة الاعتياد تبدو غير واضحة.

كلونودين

نال عقار كلونودين المضاد لفرط النشاط (واسمه التجاري كاتابرس) في السنوات الأخيرة قبولاً كبديل لعلاج ADHD. ولم يخضع استخدام كلونودين مع الأطفال لدراسة موسعة، إلا أن التقارير المبكرة تفترض أنه قد يكون فعالاً بالنسبة إلى أطفال ADHD الذين يشهدون ثورات انفعالية متكررة وغضباً زائداً أو حينما تفرز المنبهات الكثير من الآثار الجانبية. وقد يكون مفيداً أيضاً بالنسبة إلى المرضى باضطراب ADHD القلقين أو المكتئبين. لكنه لا يبدو أنه فعال في التأثير على الأعراض الرئيسة لاضطراب ADHD. وقد توصلت إحدى الدراسات إلى أن التحسن السلوكي الأساسي يكون في خمسين بالمائة من الأطفال ذوي اضطراب ADHD ويكون هناك تحسن متوسط في أكثر من ٢٥٪. ويعمل الكلونودين من خلال ميكانيزم مختلف تماماً عن المنبهات ومضادات الاكتئاب. لكنه تجدر الإشارة للمرة الثانية إلى أنه ليس معلوماً كيفية عمله على تعديل السلوك لدى أطفال ADHD. ويبدو أنه يزيد من الهدوء والانتباه وقد يقلص القلق أيضاً. لكنه لم تجر دراسة آثاره على التعلم بدرجة كافية.

وحينما يجري إعطاء الأطفال الكلونودين لعلاج ADHD فإن الأطباء يبدؤون بجرعة صغيرة ويزيدونها تدريجياً إلى mcg /kg /day ٥ or ٤ لتعطى بجرعات مقسمة على أربع مرات في اليوم. وإذا تم إعطاء الطفل الكلونودين فلن يمكنك تقييم مدى فعاليته لبعض الوقت. ويمكن بعد نحو شهر رؤية آثار كلينيكية لكن الفعالية القصوى

قد لا تظهر لنحو شهرين أو ثلاثة. ويتمثل أكثر الأعراض شيوعاً في الميل إلى النوم، وتشمل بقية الأعراض الجانبية جفاف الفم والغثيان. ويؤدي العقار عادة إلى هبوط ضغط الدم، لذا فإنه يجب قياس ومراقبة ضغط الدم بدقة عند بداية العلاج. وإذا ثبتت عدم فعالية كلونودين فإنه يجب إيقافه تدريجياً لتجنب التغيرات الحادة في ضغط الدم.

علاجات طبية أخرى

هنالك عقاقير أخرى تستخدم أحياناً لمعالجة ADHD وتشمل مضادات الاكتئاب مثل الفلوكسيتين والبربروبريون، مجموعة من مضادات الاكتئاب تسمى مثبطات الأمينوأمين أوكسيديز MAO والليثيوم الذي يستخدم لعلاج الاضطراب ثنائي القطبية (مرض الهوس الاكتئابي) والكاربامازيبين المضاد للتشنج (واسمه التجاري التيجريتول). ولم تتم دراسة أي من هذه العقاقير بشكل موسع على أطفال ADHD. لكنه إذا كان طفلك لا يستجيب إلى الطرق العلاجية الأخرى، فقد ينصحك طبيبك باستخدام أحد هذه العقاقير.

ويوصي الأطباء أحياناً باستخدام عقارين أو أكثر في آنٍ واحد. وينعكس هذا المدخل عادة مع الأطفال الذين يكون لديهم أكثر من مشكلة واحدة مثل ADHD والقلق، أو ADHD والاكتئاب، أو ADHD والاضطراب السلوكي. ومتى تم استخدام عقاقير متعددة فإنه يجب أن يكون الأطباء حذرين في مراقبة الأطفال بشأن الآثار الجانبية وتفاعلات العقاقير المحتملة.

ونقول إجمالاً: أن إدارة ADHD تتضمن غالباً العلاج باستخدام المنبهات. ويعد الريتالين وهو المنبه الأكثر استخداماً لما يزيد على ثلاثين عاماً ولا يزال الأكثر فعالية والأقل سمية. لكنك ينبغي أن تدرك أن العقاقير لن تحل كل مشكلات طفلك. كما يجب التأكد من أن طفلك يحصل على الجرعة المناسبة من العلاج وأنه تجري متابعته بدقة طوال رحلة علاجه. وبإمكانك في ظل هذه الاحتياطات أن تدعم ضمان عدم معاناة طفلك من آثار جانبية خطيرة.

الفصل السابع

العلاج السلوكي

رغم أن العلاج الطبي يتمتع بفعالية في كثير من جوانب العلاج بالنسبة إلى أطفال ADHD إلا أنه تعتوره بعض عناصر القصور. ولقد ذهبت دراسات عدة إلى أن العلاج الطبي كنمط وحيد من العلاج لا يعطي فائدة طويلة المدى لأطفال ADHD لأنه لا يساعدهم بقوة في أدائهم الأكاديمي والاجتماعي. وهكذا فإن المداخل السلوكية للعلاج تكون مطلوبة من أجل التعاطي مع المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب ADHD.

وفي حقيقة الأمر فإنه رغم أن الأطفال المصابين باضطراب ADHD يحملون مزيجاً من عناصر القوة وعناصر الضعف، إلا أن الكثير إن لم يكن معظم هؤلاء الأطفال يمكنهم الاستفادة من نوع ما من التدخل السلوكي. ويستفيد بعض هؤلاء الأطفال من التدخل المكثف. فعلى سبيل المثال، حينما يرفض الطفل اتباع القواعد أو الإذعان لتعليمات ولي الأمر أو المعلم ما أدى إلى فصله من المدرسة أو إيقاعه الأذى بنفسه أو بالآخرين فإن العلاج السلوكي يكون مطلوباً لإعداد برنامج (مفصل) على حاجات الطفل. ويستفيد أطفال آخرون مصابون باضطراب ADHD من تدخلات سلوكية أكثر اعتدالاً. جدير بالذكر أنه ليس جميع أطفال ADHD يبدون "مشكلات سلوكية" في التعامل مع أولياء أمورهم أو معلميهم في إطار تعطيل أو مقاطعة والتشاجر مع أطفال آخرين والهياج الانفعالي. لكن أكثر سلوكياتهم سلبية مثل أحلام اليقظة أو نسيان أشياء تسبب لهم مشكلات جمة مثل نقص الإنتاجية. ويمكن تقويم تلك الأمور أحياناً من خلال التدخلات السلوكية.

ويستخدم مصطلح التدخل السلوكي لوصف أي نمط من التدخل المعد لتعديل السلوك. ويقصد بإدارة السلوك behavior management المداخل الأكثر منهجية التي يمكن للوالدين والمعلمين استخدامها للتأثير في السلوك. ويشمل العلاج السلوكي التماس المساعدة المتخصصة أو المهنية في إعداد برنامج لإدارة السلوك.

ولقد تمخضت الدراسات الخاصة بفعالية العلاج السلوكي عن نتائج غير متسقة. فحينما يستخدم العلاج السلوكي كشكل وحيد للعلاج، فإن الفوائد المدركة لا تبلغ مستوى فوائد العلاج بالمنبهات. وقد يرجع هذا في جزء منه إلى صعوبة تطبيق برامج فعالة لإدارة السلوك، إذ إنها تتطلب جهوداً متواصلة وتعاوناً عبر فترات طويلة من قبل كل من الأطفال وأولياء الأمور والمعلمين إذا أريد لها النجاح.

وهكذا فبينما تعتور المثالب الاستخدام الأوحد للعلاج الطبي أوالعلاج السلوكي، فإنهما حينما يستخدمان معاً فإن كلاً من نمطي العلاج يمكن أن يكمل كل منهما الآخر. وقد ظهر ذلك واضحاً في حالة صديقنا أليكس. فقد أثمر المدخل السلوكي الابتدائي لعلاجه إحساساً بالثقة وميلاد الأمل بداخله، كما زادت الجرعة المنخفضة من العقار الطبي قدرته على التركيز ومواصلة التحكم. وأدى الجمع بين أنماط علاجية مختلفة إلى تحسن كبير في سلوكه الصفي وقدرته على إتمام واجبه الدراسي وعلاقاته مع أفراد أسرته.

ما إدارة السلوك؟

يقصد بإدارة السلوك عدد من الفنيات المصممة لتعديل أو التخلص من سلوكيات غير مرغوبة من خلال استخدام مكافآت وتدريب مهاري وممارسة بيئية. واعتماداً على طبيعة الصعوبات الخاصة للطفل فإن المعالجين السلوكيين يستخدمون أياً من الفنيات المتعددة. ويتسم بعضها بالسهولة في التطبيق عن أخرى، كما يتطلب بعض منها قدراً كبيراً من التعاون من جانب معلمي الطفل ويتطلب البعض الآخر كثيراً من التنبه واليقظة من قبل الوالدين.

وقبل أن تبدأ برنامجاً لإدارة سلوك طفلك فإن عليك أن تحدد السلوكيات النوعية التي تتطلب تغييراً. واحرص على التأكد من أنك قد اخترت السلوكيات التي يمكن أن تتغير وليس الخصائص المزاجية التي تتسم بالثبات النسبي. فعلى سبيل المثال، لا يمكنك إحداث تعديل سلوكي في مدى الانتباه القصير لطفلك لكنك يمكنك تعليمه استراتيجيات للمثابرة في المهمة وإتمام الأنشطة. وعليك أن تحاول وضع توقعات واقعية

لبرنامج إدارة السلوك. وإذا كان طفلك يجد صعوبة في البقاء في مقعده بالفصل على سبيل المثال، فقد لا يمكنك تحقيق هدف جعله يمكث في مقعده لمدة حصة كاملة. لكنك ومعلميه قد تتقبلون انخفاضاً في فرط نشاطه بجانب بعض الفنيات الأخرى التي سوف تقلص من أثر سلوكه على بقية الفصل ومساعدته في الاستفادة من العمل الفصلي. وقد خصص أحد المعلمين مقعدين لطفل مصاب باضطراب فرط النشاط، وقال له أنه حينما يشعر بالحاجة إلى النهوض والتحرك فإنه يمكنه استبدال أحدهما بالآخر. وقد أتاحت هذه الاستراتيجية له منفذاً لطاقته والذي لم يتضمن كسر القواعد وأتاح له البقاء في الفصل، كما خفف من حاجة المعلم إلى تنظيمه باستمرار.

ولقد كان هذا المعلم مرتفع الدافعية بشكل واضح لمساعدة الطفل، كما كان مرناً في مدخله. إنك حينما تبدأ في برنامج لإدارة السلوك، فإنك تحتاج إلى تقييم مقدار الدعم الذي يمكن أن تتوقع تلقيه من المعلمين والآخرين الذين يتعاملون مع الطفل. وسوف نقوم بمناقشة في نهاية هذا الفصل لاستراتيجيات بناء علاقة طيبة مع معلمي طفلك.

أخيراً.. فإنك بحاجة إلى التعرف إلى ما إذا كنت نفسك مستعداً للعمل في برنامج لإدارة السلوك. ذلك أن برامج إدارة السلوك صعبة التطبيق ما لم يكن الوالدان معدين ذهنياً وانفعالياً بشكل جيد. وإذا كان كل من الأب والأم يساعدان في تربية الطفل، فإن عليهما أن يستعدا للعمل معاً وأن يكونا متجانسين وأن يساعد كل منهما الآخر. وعندما تكون هنالك صراعات أخرى داخل الأسرة والتي تعيق علاقة العمل الجيد، فقد تحتاج الأسرة إرشاداً أو علاجاً نفسياً لحل صراعاتها أولاً (انظر الفصل التاسع). وقبل أن تبدأ في برنامج لإدارة السلوك فإن عليك فهم ما سيتوقع منك وما يمكنك توقعه من البرنامج.

تدريب الوالدين: العلاج السلوكي في البيت

إن من بين أكثر شكاوى أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب ADHD أن الأطفال لا يؤدون ما يطلب منهم. ولا يتضح أحياناً ما إذا كان الأطفال يسمعون بالفعل التعليمات الوالدية أو ما إذا كانوا قد تعلموا ببساطة صم آذانهم عن أصوات

والديهم. ويلجأ بعض الأطفال إلى العصيان كوسيلة لجذب الانتباه. ويعتمد أولياء أمور كثر على فنيات للتعامل بفعالية مع الأطفال المتمردين اعتماداً على أنفسهم. لكن حتى معظم أولياء الأمور الأعلى مهارة يحتاجون المساعدة أحياناً بشأن الأطفال المصابين باضطراب ADHD. ذلك أن هؤلاء الأطفال يجدون ثغرات في أية قاعدة تطبق ويعثرون على طرق لإضعاف النظام.

إن أولياء الأمور الذين يحاولون تربية الطفل ذي اضطراب ADHD أو أي طفل مشكل بصدد هذه المسألة يصطدمون عادة بالنماذج التي تزيد من احتمالية عصيان الطفل. وتؤسس هذه النماذج مناخاً من التفاعلات السلبية بين ولي الأمر والطفل وتؤثر في الأسرة برمتها. ويصبح بعض أولياء الأمور (وخاصة الأمهات) محبطين أو أسرى لضغوط شديدة، كما يمسي مستوى تقدير الذات لديهم منخفضاً. ويعتري التوتر والكدر الزيجات، كما يغشى الإخوان أو الأقارب الهم والكرب. ويكون أولياء أمور آخرون (وخاصة الآباء) عرضة لخطر تعاطي الكحوليات والمخدرات. زد على ذلك أن سلوك العصيان عند الأطفال يرتبط كثيراً بالمشكلات السلوكية مستقبلاً في مرحلة المراهقة وإرهاصات الرشد.

من جهة أخرى فإن تدريب أولياء الأمور يعلم الوالدين فنيات لإدارة السلوك يمكنهم تطبيقها بالبيت ويمكن أن يساعد الوالدين اللذين يشعران بأن نظمهما الخاصة لم تنجح بخلاف ما توقعاه. وهو يعلم الوالدين التركيز ليس فقط على الطفل وإنما أيضاً على التفاعلات الأسرية، ما يعمل على مساعدة الوالدين على التحرر من الأنماط الهدامة.

ويأخذ تدريب أولياء الأمور عدداً من الأشكال المختلفة. وتتاح كتب عدة تبين مداخل مختلفة لتنمية مهارات فعالة لإدارة سلوك الطفل. ويمكن أن يتعلم الوالدان أيضاً فنيات من خلال الإرشاد الفردي مع معالج سلوكي مثل الأخصائي النفسي والطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي. ثمة خيار آخر يتمثل في حضور دورة لتعليم المهارات الوالدية وفق برنامج مخطط. ويمكن العثور على تلك الدورات في المراكز المجتمعية أو المدارس أو مراكز رعاية الطفل، كما أنها تقدم في المراكز الطبية والهيئات

الصحية. وتقدم عيادة مستشفى فيلادلفيا للأطفال ذوي اضطراب ADHD برنامجاً لتدريب الوالدين والمعد خصيصاً لوالدي الطفل ذي اضطراب ADHD.[1]

وسوف نناقش بإيجاز في هذا الفصل برنامج فيلادلفيا الذي يتضمن مناقشة ولعب أدوار ومهام منزلية. ولا يقصد بهذا الوصف أن يكون برنامجاً عن الآليات التي يمكنك تطبيقها في البيت، لكنه يمكن أن يعطيك تبصراً بأساس الصعوبات التي تواجهها في البيت وما إذا كنت ستستفيد من حضور برنامج تدريب الوالدين.

كسر سلسلة العصيان

تبدأ نماذج العصيان غالباً حينما يعطي ولي الأمر توجيهاً بأداء مهمة ما، فإما أن يتجاهل الطفل ذلك أو أن يرفض الإذعان. ويكرر ولي الأمر التوجيه ويواصل الطفل رفضه. ويمكن أن تتكرر هذه الحلقة عدة مرات ويصبح ولي الأمر محبطاً أكثر مع كل طلب. وقد يلجأ ولي الأمر حينئذٍ إلى التهديدات من قبيل «إذا لم ترفع تلك اللعب فسوف أضربك على مؤخرتك!». ثمة تهديدات تظل غير مقنعة للطفل بالانصياع، ما يؤدي بولي الأمر إلى تكرار هذه الحلقة لبضعة مرات. أخيراً.. فإنه في ظل الغضب والإحباط نجد أن ولي الأمر قد يلجأ إلى إنزال العقاب بالطفل. وحينئذٍ فإن الطفل قد يذعن وقد لا يذعن، لكنه يكون في أي من الحالين قد أجل أداء المهمة المعنية. كما أنه يكون قد حاز الكثير من انتباه ولي الأمر، لذا فإنه من المحتمل أن يكرر النموذج مرة أخرى. وتنشأ مسألة مشابهة في المرة التالية، وقد ينأى ولي الأمر عن وضع أو محاولة فرض قيود آملاً في تجنب تكرار الصراع.

ويهدف التدريب الوالدي إلى الحيلولة دون فشل الوالدين في هذا النموذج. ولتحقيق هذا الهدف فإنه يتعين أن يفهم الوالدان لماذا يسيء الأطفال التصرف وأن يعوا كذلك بعض القواعد الأساسية لإدارة الطفل. ولكي يكون الوالدان فعالين فإنهما

---

(١) يعتمد البرنامج كثيراً على البرنامج الذي أعده راسل باركلي Russell Barkley في Defiant Children: A Clinician>s Manual for Parent Training (New York: The Guilford Press, 1987)

يجب أن يكونا متجانسين وتوكيديين وواضحين حينما يعطيان توجيهات. ويجب أن يفهم الأطفال بالضبط ما يتوقع منهم وما عواقب العصيان. ويتعين أن تفرض هذه العواقب بشكل متجانس عندما تكسر القواعد أياً كانت الظروف. وتكون العواقب أكثر فعالية عادة حينما تفرض فوراً بعد العصيان. وبالمثل فإنه حينما يكون الثناء مناسباً فلا بد أن يوجه فوراً. ويتعين أن يؤيد كلا الوالدين العواقب، وإلا فإن فرض القواعد سيكون أقل فعالية كما يمكن أن ينشأ صراع بين الزوجين جراء ذلك.

وحينما يتم فهم هذه القواعد العامة لإدارة الطفل فإن الوالدين يكونان مستعدين لبدء برنامج مرحلي سوف يساعدهما في إعادة بناء علاقاتهما الأسرية وإرساء طرق أفضل للتفاعل. وقد تكون كل خطوة صعبة، وتبدو التفاعلات أحياناً أنها تنحو نحو التردي قبل تحسنها. إن إحدى مزايا دورة التدريب الوالدي هي أن الوالدين يمكنهما المشاركة بخبراتهما والتعلم من الآخرين. وحينما يقل حماس ولي الأمر وينزع إلى الرحيل فإن أولياء أمور آخرين في أحوال مماثلة بالإضافة إلى المعلم أو رئيس الدورة يمكن أن يقدم الدعم المطلوب.

إعطاء انتباه إيجابي

كثيراً ما يعول الطفل المشكل على طرق سلبية لجذب الانتباه. لذا فإن الخطوة التالية في التدريب الوالدي تتمثل في تمكين الوالدين من إيجاد طرق لإعطاء طفلهما انتباهاً أكثر إيجابية. ومبدئياً فإن التدريب الوالدي يعطيك التدريب على القيام بدور المعالج باللعب. ويعني هذا تعلم إعطاء انتباه أكبر لطفلك لتلاحظ بدقة ولتقيم ما يفعله، ولتلعب معه بصورة بناءة، ولأن تسمح له بأخذ زمام المبادرة أو القيادة في اللعب. ويعلمك التدريب الوالدي «التركيز على جعله حسناً» مع محاولة التجاهل بقدر المستطاع للسلوكيات التي تبغي التخلص منها. ويمكن أن يكون تجاهل السلوك السيئ أحد أصعب الأجزاء من البرنامج، لكن الأطفال يتوقفون عنه كثيراً حينما يصبح غير ذي بال في شد الانتباه رغم أنه يأخذ أحياناً برهة بالنسبة إليهم ليفعلوا ذلك. ولا يمكن تجاهل بعض السلوكيات السيئة بطبيعة الحال مثل ضرب أخت صغيرة أو كسر أشياء في المنزل.

وحينما يتعين تدخل ولي الأمر فإن عليه أن يبعد الطفل عن الموقف بشكل مباشر وتوكيدي وأن يمنع المزية التي يتمتع بها الطفل أو التي يكون بصدد التمتع بها والإقلاع بقدر الإمكان عن إعطائه انتباهاً في شكل توجيهات أو مناقشات.

وفي التدريب الوالدي وبعد ممارسة ولي الأمر إعطاء الطفل انتباهاً إيجابياً فإنه يكون مستعداً لبدء فرض مطالب وتشجيع الانصياع من خلال الثناء والتقدير. ويتعين أن تكون توقعات الوالدين واضحة وأن تصاغ كأوامر أو عبارات بسيطة أكثر من كونها أسئلة. فأن يقول ولي الأمر «عليك أن تعلق معطفك» يحتمل أن يجدي أكثر من قول «هل تسمح بأن تعلق معطفك؟»

جدير بالذكر أن الأطفال المصابين باضطراب ADHD يستغرقون عادة وقتاً أطول من الأطفال الآخرين لإدراك واستيعاب توقعات الوالدين، لذا فإنهم قد يحتاجون مساعدة خارجية أكبر. وعليك أن تبدأ بقدر صغير. فعلى سبيل المثال يمكنك في البداية أن تلجأ إلى تسليم الطفل المعطف قبل أن تصدر الأمر "عليك أن تعلق معطفك". وليس مهماً مدى صغر المهمة، إذ إن الطفل حينما يذعن فلا بد أن يثاب ويشكر: "حسناً فعلت بتعليق معطفك". وكثيراً ما لا يعتاد أطفال ADHD على سماع الثناء ولا يعتاد الوالدان على الثناء عليهم. ويجب أن يقوم مثل هؤلاء الآباء والأمهات ببذل جهد أكبر لإيجاد الظروف المواتية للثناء.

تشجيع السلوك المناسب واللعب المستقل

يركز الجانب الثاني من التدريب الوالدي على خفض مطالب الطفل المتكررة للانتباه. إن سلوك التماس الانتباه يمكن أن يكون مقاطعاً حينما يحدث بينما يحاول ولي الأمر عمل شيء آخر. فعلى سبيل المثال يبدو بعض الأطفال يلتمسون الانتباه فور إمساك الأم بالهاتف أو البدء في التحدث مع صديقة. ولتشجيع عدم المقاطعة والدفع باتجاه اللعب المستقل فإن التدريب الوالدي يعلم الوالدين إدراك المرات التي لا يكون الطفل فيها مقاطعاً وإعطاءه الانتباه في تلك الأحيان. كما يجب أن يحاول الوالدان تشكيل سلوك الطفل من خلال إعداد مواقف يمكنهما فيها تشجيع عدم المقاطعة في خطوات صغيرة.

فمثلاً في حالة الأم التي تبدأ محادثة تليفونية أثناء قيام الطفل باللعب مستقلاً، فقبل أن يجد الطفل الفرصة للمقاطعة فإنه يجب أن توقف الأم محادثتها مؤقتاً وأن تتوجه باهتمام إلى الطفل لتعطيه بعض الانتباه ولتقدر قدرته على اللعب اعتماداً على نفسه ثم تعود الأم إلى محادثتها الهاتفية. وحبذا لو أوجدت محطات للتوقف في المحادثة بشكل دوري وعلى نطاقات مطولة لتعطي الطفل انتباهاً، ما يزيد من قدر الوقت الذي يستطيع الطفل فيه اللعب مستقلاً.

إضافة حوافز

لا يكون الثناء والتعزيز الموجب وحدهما كافيين لتعديل سلوك الطفل غير المطيع. بيد أن هذه المعززات تؤسس لدوافع أكثر تحققاً. إن المستوى التالي من التدريب الوالدي يتمثل في تشجيع الإذعان باستخدام مكافآت مادية وحوافز حسية. ويمكن أن تكون ثمة مكافآت عبارة عن رقائق/ عملة رمزية (فيش) أو نقاط تعطى لقاء التميز. ويربح الأطفال الرقائق أو النقاط حينما يتبعون القواعد أو الأوامر ويستخدمون الرقائق للظفر بأنشطة أو أشياء محببة. ومن أجل تطبيق نظام الحوافز الفعال فإن أولياء الأمور والأطفال يشجعون على إعداد قائمة بالمطالب والمكافآت معاً. فيمكن على سبيل المثال أن يربح الطفل نقاطاً لتذكر جلب أدواته معه من المدرسة إلى البيت، ولتعليق معطفه، أو لعمل واجبه المنزلي. ويتعين أن تكون بعض العناصر في قائمة المطالب عبارة عن أشياء سهلة الأداء للطفل، وأن تتطلب مهام أخرى المزيد من الجهد. ويجب أن تتضمن قائمة المكافآت عناصر مرغوبة للطفل ومعقولة للوالدين. كما يجب أن تتضمن القائمة مكافآت يومية وأسبوعية. إذ إن المكافآت اليومية تتيح للطفل رؤية فوائد إذعانه بسرعة، بينما تشجع المكافآت الأسبوعية التغيرات السلوكية طويلة الأمد وتتيح للطفل العمل في شيء ما بشكل أكثر اتساقاً وأكثر دافعية. ومن أجل إدراك فوائد كل من المكافآت اليومية والأسبوعية فإن بعض أولياء الأمور يطلبون إلى الطفل إنفاق فيشة أو رقيقة على الأقل يومياً، لكنهم يسمحون له بادخار الباقي حتى يراكم القدر الكافي من أجل مكافأة أسبوعية. ويكون غالباً للمكافآت الاجتماعية مثل الخروج الخاص مع الأب أو الأم أثر أكبر من المكافآت المادية (انظر الشكل التالي لمثال لهذه القوائم).

نظام المكافآت للطفل لوك

فيما يلي نظام نقاطي اتبعه لوك ذو السنوات السبع ووالداه. وقد اتفقوا بعد صياغة المكافآت على أن لوك يجب أن يستطيع حصد أربع نقاط على الأقل كل يوم. وقد سمح له "بجمع" أية نقاط فوق أربعة يكون قد تلقاها في يوم واحد من أجل إدخارها للاستفادة منها في عطلة نهاية الأسبوع.

ويكسب لوك نقاطاً إذا:

استيقظ عند السابعة صباحاً بدون مساعدة والدته (نقطة واحدة).

رتب سريره (نقطتان).

لحق بالحافلة في الوقت المحدد (نقطة واحدة).

تذكر كتبه وأوراقه وأتى بها من المدرسة (نقطة واحدة).

علق معطفه حينما يأتي للبيت (نقطة واحدة).

أدى واجبه المنزلي (نقطتان).

لعب على البيانو (نقطتان).

أعد الطاولة (نقطة واحدة).

ويمكن أن يستخدم لوك نقاطه من أجل:

مشاهدة التلفاز بزيادة قدرها ثلاثون دقيقة (أربع نقاط).

لعب ألعاب الفيديو لمدة عشرين دقيقة (أربع نقاط).

التمتع بمعاملة خاصة والحصول على حلوى (أربع نقاط).

لعب الأب والأم معه (أربع نقاط).

السهر لمدة عشرين دقيقة إضافية ليلاً (ست نقاط).

لقاء صديق (ثماني نقاط)..

استئجار فيلم فيديو في نهاية الأسبوع (عشر نقاط).

زيارة المتحف أو الذهاب إلى السينما أو للعب البولينج أو الجولف المصغر في عطلة نهاية الأسبوع (عشرون نقطة).

إن إعداد هذه القوائم قد يمر بالمحاولة والخطأ والتشاور أو التفاوض. ويحب الكثير من الأطفال في البداية هذا النظام لأنهم يرونه طريقة للحصول على ما يبغون. بينما

يغضب أطفال آخرون لأنهم عليهم الآن أن يفعلوا شيئاً للحصول على ما كانوا يحـصلون عليه بـدون شيء. ومن أجل تـفعـيل نظام الحوافز فعلى الطفل أن يصر على اتباعه وعليه أن يتخيل أنه يمكـن أن يعمل لصالحه وأنه بيـده السيطرة. ويجـب تغيير قائمة المكافآت من آنٍ لآخر للحفاظ على اهتمام الطفل بالنظام. كما يجـب أن يلتزم الوالدان بالنظام حتى إذا كان أي شخص آخر يبـدو فـاقـداً لـلاهـتـمـام.

وإذا أرسي نظام الحوافز كطريقة لمكافأة الطاعة فإنه يمكن أن يستخدم كشكل من العـقاب. بعـبارة أخرى، فإن الطفل يمكن أن يبدأ في فقدان النقاط أو الرقائق (الـفـيـش) حينما يكسـر الـقـواعـد.

العـزل المؤقت

هنالك طريقة أخرى لإدارة العـصيان هي «العزل المؤقت». وتـشمل هذه الطريقة عزل الطفـل في «كرسي للعزل المؤقت» أو ركن بالغرفة حينما يسيء التـصرف. وخلال العزل فإنه لا يجـب أن يكون للطفل أي سبيل نحو المكافآت مثل الألعـاب أو التـليفزيون. ولا يعد إرسـال الطفـل إلى غرفـته (حـيث يمكنه اللعب باللعب) عزلاً مؤقتاً. وبالنسبة إلى الأطفال الصغـار فإن العزل المؤقت يمكـن أن يكون قصيراً حوالي من دقيقتين إلى خمس دقائق. ويجب أن يفرض العزل المؤقت فقط بالنسبة إلى سلوكيات خطأ خطيرة قليلة. فعلى سبيل المثال ربما تبغي فرض العزل المؤقت إذا ضرب طفلك أحداً أو كسر شيئاً ولكن ليس إذا أطلق اسماً على أحد ما. وإذا كان هنالك إفراط في استخدام العزل المؤقت فإنه يفـقـد فـعـاليتـه. وبالنسبة إلى الأطـفـال الأكبر سـناً فإن العزل المؤقت يصعـب تـطبـيقه ما لم يوظف باتساق منذ كان الطـفـل صغـيراً.

تـعديل البـرنامج ليـنـاسـب طـفـلـك

تساعـد الجلسات القليلة الأخيرة لدورة التدريب الوالدي في مستشفى فيلادلفـيا الوالدين في تـعديل برنامج إدارة السـلوك بحيث يتـعامل مع المجالات الخاصة لديهم ذات الصعوبة. فعلى سبيل المثال، يحتاج بعض أوليـاء الأمور إلى المسـاعـدة في تصميم

استراتيجيات توافق يمكن أن تطبق في أماكن عامة. ويحتاج آخرون إلى مساعدة في التعامل مع الجدود وأعضاء الأسرة الممتدة. هذا بجانب أن الوالدين يتعلمان كيفية العمل بشكل أكثر فعالية مع مدرسة الطفل.

إن تعلم استراتيجيات فعالة لإدارة السلوك من أجل طفلك المصاب باضطراب ADHD هو مهمة شاقة بالفعل. فهو يتطلب جهداً متواصلاً ويقظة ومثابرة. ويحتمل أن ترتكب أخطاءً عبر ذلك المشوار. وقد تنزع إلى عزو مشكلات طفلك الحالية إلى فنيات الإدارة غير الفعالة التي استخدمتها في الماضي. وربما تشعر بالذنب بشأن الاضطرار إلى استخدام فنيات "لمناورة طفلك". ويمكن أن تساعد جلسات التدريب الوالدي بشأن تلك الأمور لأنها تعطيك فرصة لمناقشتها. وتتضمن برامج كثيرة كهذه جلسات "توسع" تشجعك في مواصلة العمل المضني بمجرد انتهاء التدريب الشكلي.

ولتكن متنبهاً إلى أن معظم مشكلات الأطفال المصابين باضطراب ADHD ليست بسبب التربية الوالدية غير الفعالة، وأن أطفال ADHD يمكن أن يضعوا حتى أفضل فنيات التربية الوالدية تحت الاختبار. لكنك إذا استطعت إحراز تقدم في تعليم طفلك مستوى أفضل من التحكم الذاتي وتعليمه التواصل بود أكبر مع الآخرين (بما فيهم أنت) فإنك ستعطيه موهبة سوف تخدمه طيلة حياته.

العلاج السلوكي في المدرسة

هنالك حاجة إلى استراتيجيات إدارة السلوك غالباً في كل من البيت والفصل الدراسي. ولا يكون للوالدين عادة التأثير الكبير في الفصل كما في البيت. ونادراً ما يقوم الوالدان بإخبار المعلمين بالطريقة المثلى للتعامل مع الطفل. ويتضمن عدد من فنيات إدارة السلوك التي استخدمت بنجاح في المدارس جانباً منزلياً أيضاً. لكنه حتى إذا كان البرنامج الذي تستخدمه لا يتطلب منك أن تصبح متضمناً بالبيت فلن تبغي مجاراة البرنامج بالمدرسة وقد يؤثر في مزاج وإيقاع ومستوى تحصيل طفلك بالمدرسة. وربما يمكنك ضبط وتعديل بعض الاستراتيجيات للاستخدام في البيت. وينبغي أن تستهدف برامج إدارة السلوك المدرسي تعليم الأطفال وسائل أفضل للتحكم

الذاتي. ومما يؤسف له أن كثيراً منها مصمم ليس كخبرات تعلم للطفل وإنما كأدوات ليستخدمها المعلم لضبط النظام في الفصل. وبينما قد تحقق ثمة برامج حاجات المعلم، إلا أنها قد لا تساعد طفلك على النمو والتعلم.

ويمكن تطبيق برامج إدارة السلوك من قبل المعلم والمرشد الطلابي والمدير والأخصائي النفسي المدرسي أو من قبل أخصائي في الصحة النفسية. وإذا كان الدافع لتطبيق البرنامج يأتي منك أو من قبل أخصائي أكثر من إتيانه من المدرسة نفسها فإنه من المحتمل أن يكون لك دور أكبر وأن تشارك بقدر أكبر. ونحن نناقش هنا أنواعاً مختلفة من البرامج المدرسية. وهي تختلف في مستوى تعقيدها وفي حجم الجهد اللازم لتطبيقها. وسوف يكون بعضها أكثر قبولاً لديك من أخرى اعتماداً على مدرسة طفلك ومعلمه وبنية الفصل الدراسي. وإذا كنت تعتمد على خدمات أخصائي نفسي خارجي فإنه من المحتمل أن ينزع لملاحظة الفصل واستشارة المعلم قبل التوصية ببرنامج ما. وسوف يتيح له ذلك تصميم برنامج يفعل في الإطار الفصلي ويكون مقبولاً لدى المعلم. وسوف يوظف أيضاً هذه الفرصة لمحاولة الاستعانة بمساعدة المعلم في تطبيق ثمة برنامج.

التقرير اليومي

يمكن أن يتضمن برنامج التدخل السلوكي البسيط منخفض الكثافة «تقارير يومية». وتتمثل هذه التقارير في بطاقات تملأ من قبل معلمي الطفل وترسل إلى البيت إلى الوالدين. وتسرد بطاقة التقرير اليومي سلوكيات مثل «إتمام العمل» و«البقاء على المقعد» و«لم يضايق الآخرين» ويقوم المعلم بالتأشير (بنعم) أو (لا) عند كل سلوك. ويقوم الوالدان أحياناً بتقديم المعززات المناسبة في البيت أو بدلاً من ذلك فإن المعلم يقوم بتقديم المكافآت في المدرسة. ويمكن تهيئة التقارير اليومية بحيث توائم مجالات الحاجة النوعية للطفل. ويضع الوالدان و/ أو الأخصائي النفسي الهدف الذي إذا تحقق فإنه يتيح للطفل اكتساب مكافأة ما بالبيت. وعامة فإن الهدف الذي يجب أن يبلغه الطفل من أجل اكتساب المكافأة ينبغي أن يظل منخفضاً بما فيه الكفاية بحيث يمكن للطفل

بلوغه في يوم عادي. ولكي يتم تفعيل نظام كهذا فإن الطفل لا بد أن يشعر بإمكانية النجاح.

ويمكن لنظم التقارير اليومية أن تصمم بحيث تستهدف قليلاً من السلوكيات الخطأ المعنية. ولنأخذ على سبيل المثال حالة الصبي الصغير الذي يدعى سيث الذي كانت سلوكياته الفوضوية تسبب مشكلات. وقد حدد الأخصائي النفسي له بالتشاور مع معلمه أربعاً من سلوكيات سيث المشكلة الأكثر حدة وهي: ترك مقعده بدون إذن، ومضايقة أطفال آخرين في الحصة، والصياح، وإغفال توجيهات المعلمة. وقد وضعت المعلمة حداً مسموحاً به لكل من هذه السلوكيات. وقررت ابتداءاً التسامح مع ترك سيث مقعده والصياح مرتين كل يوم، لكنها ستتسامح فقط مع كسر واحد للقاعدة بشأن مضايقة الأطفال الآخرين أو إغفال توجيهاتها.

وقد أعد الأخصائي النفسي بطاقات للتقرير اليومي وضعت على طاولة سيث. وبين أحد جانبي البطاقات السلوكيات التي كانت مشكلة. وذكرت السلوكيات الأربعة وكانت المعلمة تؤشر بالقلم بعلامة (√) وكانت تعطي سيث (نعم) على الجانب الآخر من البطاقة إذا لم يتجاوز حدود اليوم لكل سلوك. وتم حساب إجمالي تقديرات (نعم) لدى نهاية اليوم، وحصل سيث على مكافأة من المعلمة عن كل تقدير (نعم).. (انظر الشكل التالي)

وقد تم استخدام نظام أكثر تعقيداً نوعاً ما مع أليكس. فقد حدد الأخصائي النفسي أربع سلوكيات احتاجها أليكس للتحكم والمعايير الخاصة بها شكل السلوك الجديد. وطلب إلى معلمي ألكس تقييم ألكس بالدرجات على تقريره اليومي كما يلي: (صفر) إذا لم يستوف المعايير في ذلك اليوم و(واحد) إذا استوفاها و(إثنين) إذا فاقها (انظر الشكل التالي). وحيث إن أليكس كان لديه خمس مواد كل يوم، فإن المعلمين قاموا بملء بطاقة واحدة لكل مادة. ولدى انتهاء اليوم، تم جمع نقاط أليكس بالنسبة إلى جميع المواد الخمس. وكان العدد الأقصى للنقاط التي كان يمكن لأليكس حصرها أربعين. واعتماداً على عدد النقاط التي كسبها بالمدرسة فقد أعطي الرقائق/ العملة الرمزية

بالبيت التي يمكن استثمارها من أجل الحصول على مكافآت مختلفة بالبيت.

قائمة السلوكيات		
	عدد المرات	الحد اليومي
١ - ترك المقعد دون إذن		
٢- قام بمضايقة الآخرين		
٣- قام بالصياح		
٤- لم يحترم المعلمة		

بطاقة التقرير اليومي لسيث		
المعلمة: الطفل: التاريخ: الحصة:		
	نعم	لا
١ - أتم العمل		
٢- بقي في المقعد		
٣- لم يضايق الآخرين		
٤- لم يقم بالصياح		
٥- احترم المعلمة		
٦- لم يجادل المعلمة خلال التقرير		
الإجمالي		

وقد أوصى الأخصائي النفسي لدى بدء البرنامج بأن يستطيع أليكس كسب مكافآت بسهولة في نحو ٨٠-٩٠٪ من الوقت. وقام المعلمون بملء التقارير اليومية قبل بدء نظام المكافآت للمساعدة في تحديد «المستوى القاعدي» لأليكس وهو ثماني نقاط. بعبارة أخرى فقد استطاع أليكس عادة كسب ثماني نقاط على الأقل التي كان يحصل مقابلها على رقيقة واحدة. وإذا تلقى ١٠-١٢ نقطة فإنه كان يحصل على رقيقتين، وثلاث رقائق لقاء ١٤-١٦ نقطة وهكذا... وقد أعد أليكس ووالداه قائمة بالمكافآت أمكنه من خلالها

الاختيار في ضوء الرقائق التي كسبها. إذ إنه كان يمكنه مقابل رقيقة واحدة أن يلعب ألعاب الفيديو لمدة عشرين دقيقة أو مشاهدة التلفاز. واستطاع لقاء رقيقتين أن يلتقي صديقاً أو العمل في مهمة مع والده لمدة عشرين دقيقة. وكان بإمكان أليكس ادخار رقائق من أجل الظفر بمكافأة أكبر في عطلة نهاية الأسبوع. لكنه كان عليه أن يستخدم رقيقة واحدة على الأقل في اليوم من أجل مكافأة يومية. وقد تضمنت المكافآت الخاصة بنهاية الأسبوع أشياء مثل الذهاب إلى السينما أو قضاء اليوم مع جدته. ولم يتم إخبار معلمي أليكس بمستواه القاعدي، لكنه طلب إليهم رصد النقاط فقط. وقد تم هذا بحيث لا يحدد المعلمون بشكل ذاتي ما إذا كان أليكس سيحصل على مكافأة أم لا. لكنه رغم ذلك استطاع التحكم في المكافآت من خلال سلوكه.

وحينما بدأ البرنامج كسب أليكس ٨-٩ نقاط في معظم الأيام، لكنه سرعان ما أدرك مدى سهولة الارتقاء في ذلك. وخلال أسابيع قليلة راح يحصد بانتظام ٢٠-٢٥ نقطة. وقد أحب نظام التقرير اليومي لأنه سمح له ببعض التحكم في أنشطته الخاصة. كما أحب معلموه النظام لأن سلوكه في الفصل تحسن بشكل ملحوظ من خلال بذل القليل من الجهد من جانبهم. أيضاً فقد أحب والداه النظام لأنهم يعرفون الآن ما كان يحدث بالمدرسة على أساس يومي. وقد كان للنظام أيضاً فوائد أخرى. فقد كان أليكس يختار كثيراً المكافآت التي تضمنت مشاريع خاصة مع والده أو والدته، وقد حسن هذا من العلاقة بين أليكس ووالديه.

وقد تم تعديل نظام النقاط بمرور الوقت ليعكس المستوى القاعدي الجديد لأليكس. كما تغيرت قائمة المكافآت من أجل الحفاظ على مستوى اهتمام أليكس بالبرنامج. وقد ظل والدا أليكس ومعلموه والأخصائي النفسي على اتصال من أجل إعادة تقويم البرنامج عبر فترات متكررة ولعمل تعديلات عند الحاجة.

التقرير اليومي لأليكس	
تعليمات: الرجا القيام بتقييم كل سلوك باستخدام نظام نقاطي من خلال المعيار التالي:	
صفر: إذا لم يستوف المعيار.	
١- إذا استوفى المعيار.	
٢- إذا فاق المعيار.	
اسم الطفل: التاريخ:	
السلوك	التقييم
١- أتم الواجب المنزلي.	
٢- أتم المهام اللفظية.	
٣- استمع إلى التعليمات.	
٤- تجاوب مع القواعد السلوكية للفصل.	
الإجمالي	

الإدارة الشرطية وتكلفة الاستجابة

تتميز نظم التقارير اليومية بأنها سهلة التطبيق نسبياً ولا تتطلب جهداً خاصاً كبيراً من جانب المعلم. لكنه بالنسبة إلى كثير من الأطفال فإن نظام التقرير اليومي لن يكون كافياً. إذ إن ثمة عيباً نجده في أن المكافأة التي يعطيها لقاء سلوك إيجابي تكون مؤجلة نوعاً ما. لكنه حينما تكون الاستجابة للسلوك فورية فإن الأطفال يحتمل أكثر أن يعدلوا سلوكهم. ويتمثل العيب الآخر في نظم التقارير اليومية أنها تعطي معززات موجبة فقط. ويمكن أن تكون المداخل التي تستخدم المعززات الموجبة فقط فعالة، لكن المداخل التي تطبق العواقب السلبية للسلوكيات السلبية بالإضافة إلى المكافآت على السلوكيات المناسبة تبين من خلال دراسات عدة أنها أكثر فعالية.

وتعطي مداخل إدارة السلوك الأخرى نتائج فورية إيجابية وسلبية. وتسمى فنيات إدارة السلوك التي تتطلب من الأطفال تحقيق معايير معينة قبل تلقيهم الفائدة فنيات

الإدارة الشرطية. فعلى سبيل المثال، تتمثل إحدى فنيات الإدارة الشرطية في صياغة روتين صباحي للطفل يتطلب منه الاستيقاظ بنفسه وارتداء ملابسه وتنظيم سريره وغسل أسنانه قبل إتيانه لتناول الإفطار. ويكون تناول الإفطار متوقفاً على إكماله المتطلبات الأخرى. وتكون المكافأة وهي الإفطار فورية ظاهرة.

ويمكن أيضاً تصميم نظم الإدارة الشرطية التي تعطي نتائج سلبية فورية للسلوك غير المناسب. وتتضمن إحدى هذه الفنيات المسماة بتكلفة الاستجابة خصم نقاط أو مزايا متى أساء الطفل السلوك. فعلى سبيل المثال، يمكن إخبار الطفل أنه لدى نهاية اليوم الدراسي فإنه سوف يحصل على فترة للعب قدرها عشرون دقيقة، لكنه مقابل كل كسر للقواعد فإنه سيفقد دقيقة واحدة. ويمكن أن يحصل هذا الطفل على مجموعة من عشرين بطاقة ملاحظة في زاوية من زوايا طاولته. ويقوم المعلم بقلب بطاقة في كل مرة يلاحظ فيها سلوكاً غير ملائم. ويرى الطفل العاقبة السلبية لتصرفه بسرعة، فيرى وقته الحر يتبدد سدى.

وتعد تكلفة الاستجابة أكثر عقاباً من التقرير اليومي أو نظام الإدارة الشرطية لكنها تتميز بأنها أكثر جلاءً، ومن ثم فقد تكون أسهل لدى الطفل ذي اضطرابات الانتباه في اتباعها. ويمكن أن يجري استخدامها مصاحبة لنظام التعزيز الموجب. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يكسب الطفل نقاطاً لقاء سلوكيات مناسبة، مثل الانتباه وأداء الواجب المنزلي وإتمام المهام في وقتها. أو أنه قد يفقد نقاطاً بسبب السلوكيات غير المناسبة مثل عدم الانتباه والتحدث في أوقات الصمت وترك مقعده. ويمكن استبدال هذه النقاط طوال اليوم بأنشطة أو عناصر محببة. وحينما يتضمن سلوك الطفل غير المناسب عدم القدرة على المثابرة في مهمة ما فإن النظام يمكن تصميمه بحيث إنه في أوقات محددة سلفاً مثلاً كل خمس دقائق يقوم المعلم بالتحقق مما إذا كان الطفل يشتغل في مهمته، ويخصم نقاطاً إذا كان الحال عكس ذلك.

ونكرر مرة أخرى أن المعلم يسمح للطفل بأن يعرف فوراً ما إذا كان قد فقد نقاطاً. ويتطلب نظاما الإدارة الشرطية وتكلفة الاستجابة المزيد من مشاركة المعلم، وبالتالي

فإنهما قد لا يكونان مقبولين لدى المعلمين الذين يشعرون بأنهم لا يمكنهم تكريس المزيد من الانتباه لطفل معين. وحينما تستخدم هذه الفنيات بشكل مناسب فإنها تكون مثمرة جداً.

تدريب المهارات الاجتماعية

يمثل تدريب المهارات الاجتماعية نوعاً آخر من العلاج السلوكي الذي يوصى به أحياناً بالنسبة إلى الأطفال المصابين باضطراب ADHD. ذلك أن الكثير من أولئك الأطفال يواجهون مشكلة في التواصل في المواقف الاجتماعية حيث يجعلهم اندماجهم القصير ونقص انتباههم وسلوكياتهم المندفعة بجانب تقدير الذات المنخفض أكثر استبداداً وعدوانية ومقاطعة مع أقرانهم. كما أنهم يواجهون مشكلة غالباً في تأويل الإلماعات الاجتماعية غير اللفظية والتقاط الإشارات من الأطفال الآخرين. وهنا فإن تدريب المهارات الاجتماعية يحاول تعليم هؤلاء الأطفال طرقاً أفضل للتفاعل وحل المشكلات والتعاون والاتصال. ويتعلم الأطفال في مجموعات صغيرة عبر التدريس والنمذجة ولعب الدور كيف يتعاملون مع المواقف الصعبة التي قد تنجم بشكل أكثر كفاءة. ثم يحاول الأطفال تجريب مهاراتهم في مواقف للعب معدة في إطار مجموعات صغيرة.

ويبدو تدريب المهارات الاجتماعية نظرياً إضافة مفيدة للأشكال الأخرى من العلاج السلوكي. لكن فعالية استخدامه مع أطفال ADHD لم تؤيدها دراسات كثيرة بعد. إذ إن الأطفال يمكن أن يتعلموا المهارات الاجتماعية التي يمكنهم تطبيقها في إطار جماعي مصطنع، لكنهم قد يجدون صعوبة في استخدام المهارات في عالمهم الواقعي. بعبارة أخرى، فإن المشكلات في علاقات الزمالة تكون غالباً مقاومة كثيراً للتغيير وتحتاج إلى تدخلات طويلة المدى ربما تكون غير عملية في إطار العلاج الجماعي. ولعل تدريب المهارات الاجتماعية الذي يتخلل المنهج الدراسي الاعتيادي يكون أكثر فعالية لما كان يجري في سياق أكثر طبيعية ويمكن أن يدعم عاماً بعد عام. كما أن برامج المهارات الاجتماعية المعدة بالمدرسة يمكن أن تتميز بالمعززات الطبيعية في عالم الطفل.

فعلى سبيل المثال، قد يشتهي الأطفال دور قائد الفريق في لعبة مدرسية معينة، ويمكن أن يكون ذلك مكافأة مرغوبة للطفل الذي يبدي سلوكاً اجتماعياً مناسباً.

وتتضمن برامج المهارات الاجتماعية المدرسية تدريب المعلمين ومساعدين بالفناء لحث ومكافأة السلوكيات الاجتماعية الإيجابية عند الأطفال مثل الاستماع حينما يتحدث شخص آخر والمبادأة والمشاركة وتكوين صداقات جديدة. ولقد طبق الأخصائي النفسي توماس ج. باور Thomas J. Power من عيادة ADHD برنامجاً جديداً في مدرسة قريبة. ويتضمن برنامجه تأسيس "سلوك اجتماعي للأسبوع" الذي يعمل فيه كل شخص بالمدرسة المعلمون والأطفال والمساعدون وأولياء الأمور في سلوك اجتماعي معين كل أسبوع. إن برامج كهذا البرنامج تفيد كل الأطفال بالمدرسة وليس فقط الأطفال ذوي المهارات الاجتماعية الأضعف.

العلاج المعرفي

يهدف العلاج المعرفي إلى تعليم الأطفال استراتيجيات ومهارات حل المشكلات التي يمكنهم تطبيقها في الفصل وفي المواقف الاجتماعية. وهو يعلمهم التحكم الذاتي في سلوكياتهم الاندفاعية وغير المنتبهة و«قف، انظر، استمع» قبل إصدار الاستجابة. ويستخدم العلاج المعرفي الألعاب ولعب الدور والتعلم الذاتي ومداخل أخرى لحل المشكلات لتعليم الأطفال استراتيجيات نوعية.

وقد تم استخدام العلاج المعرفي بنجاح كبير لعلاج البالغين ذوي الاكتئاب والقلق واضطرابات الذعر، لكنه كان أقل نجاحاً بالنسبة إلى أطفال ADHD. ورغم أن أطفالاً كثيرين يمكنهم تعلم التحكم في سلوكهم خلال جلسات العلاج إلا أنهم يجدون مشكلة في تطبيق المهارات باتساق في المدرسة والحفاظ على تلك المهارات لمدة زمنية طويلة. وقد يرجع هذا إلى أن المشكلات السلوكية تنجم عن الخصائص البيولوجية والمزاجية الوراثية أكثر منها ناجمة عن نقص المهارات الخاصة أو عدم فهم كيفية التصرف بشكل مناسب. وهكذا فإن عدم انتباههم واندفاعيتهم يحتاجان إلى الضبط والتحكم الطبي قبل أن يصبح التدريب المعرفي فعالاً. ولهذا السبب فإن بعض المعالجين يستخدمون

فـنيات العـلاج المعرفي مصاحـبة لأشكال أخرى من العلاج الطبي والسلوكي استناداً إلى منطق أنه بينما لا يؤثـر العـلاج المعرفي في الأعراض الأسـاسية لاضطراب ADHD عند أي مسـتوى من مسـتويات الدلالة إلا أنه يمكن أن يضيف إلى رصيد الطفل من المهـارات المناسـبة.

ويتزايد استخدام المداخل المعرفـية بجانب الطرق السلوكية، ما يؤدي إلى ما يسمى بالطرق السـلوكـية المعرفـية. ثمة طرق يمكـن أن تـدرب الأطـفـال على المراقبة الذاتية لسلوكـهم في ظل إشراف شخص راشد لإثبات مدى دقة تقييمهم ولإعـطـاء تـعزيز. ويعـمل ذلك على تـعليم الأطـفـال إدارة صعـوباتـهم وتصميم استراتـيجيـاتـهم التـعـويـضـية.

ولقد تم استخـدام الطرق المعرفـية السلوكـية مع الطفلة تينا حينما كان عمرها عشرة سنوات وقد كانت لامعة ولكن مندفعة جداً، وكانت تنزع إلى التـصرف بغطرسة. ولم تستجب تينا للريتـالين كما اعـترتـها أعراض جانبية صاحـبت أنماطاً أخرى من العـلاج الطبي. وقد تم استخـدام مداخل سلوكـية لكنها كانت ضعـيفة الأثـر. أخيراً.. فقد قام الأخصائي النفسي لتينا بتطبيق برنامج للرقابة الذاتية تطلب من تينا قيامها بتقدير سلوكها. وكانت مهمتها متمثلة في مطابقة تقـديرها الذاتي مع تـقـدير معـلمتها. وقد دفـعها هذا المدخل إلى إعـطاء المزيد من الانتباه لسلوكها ومن ثم فـقـد تـعـلـمت أن بإمكانها التحكم في نفسـها.

التعـاون مع معـلمي طفـلك

لكي ينجـح أي تـدخل سلوكي فإنه ينبغي أن يقـوم المعـلمون وأوليـاء الأمور بتنسيق جهودهم. لكنه يصعـب في بعـض الأحيان تأسيس التـعاون بين المعـلم وولي الأمر. وقد يشعر المعـلمون بأنهم قد حاولوا تـقويـم صعوبات الطفل لكنهم عبثاً كانوا يحاولون. وربما يستاؤون من الأخصائي النفسي الذي يأتي لملاحظة طرقهم في التدريس ويشعرون أنهم قيد تجربة، أو لعلهم يلامون بسبب مشكلات الطفل. وقد لا يثمنون التدخل الخارجي من قبل طبيب الطفل أو أخصائيه النفسي أو ولي أمره. وفي هذا الجانب فإن أوليـاء الأمور

ربما يشعرون بالإحباط بسبب ما يحسون أنه نقص مواءمة معلمي الطفل. وقد يشعرون بأن المعلمين يركزون كثيراً وعن عمد على مواطن ضعف الطفل ولا يعترفون له بقدراته. ويشعر بعض أولياء الأمور بأنهم محبوسون في معركة مع المعلمين غير المستعدين للتعاون.

وحينما تتآكل كل علاقة المعلم وولي الأمر إلى حد رؤية كل منهما الآخر كجزء من المشكلة أكثر منه جزءاً من الحل فإن التدخل من قبل الأخصائي النفسي أو الأخصائي السلوكي يمكن أن يختزل بعض العداء. ويتحسن كثير من علاقات المعلم وولي الأمر بشكل طبيعي متى بدأ الطفل الاستجابة لاستراتيجيات إدارة السلوك المفروضة من قبل المعالج. وحينما تكون خلافات المعلم وولي الأمر أكثر حدة فإن المعالج قد يعمل مؤقتاً كمنظم بين الطرفين فيعمل مع كل منهما مستقلاً لمساعدة الطفل على الأداء الأفضل. ويحاول المعالج في الوقت المناسب تيسير علاقة عمل أفضل بين أولياء الأمور والمعلمين.

وقد يتهيأ بعض من تخفيف العداءات من خلال التعليم. إذ إن المعلمين الذين لديهم فهم أفضل لطبيعة اضطراب ADHD يمكن أن يكونوا أكثر استعداداً لتقبل المقترحات بشأن الإدارة. وبإمكان الأخصائيين النفسيين المساعدة في حل المشكلات ومجابهة الصعوبات من خلال الفهم لما كانوا في موقع تقدير الصعوبات والإحباطات التي تقابل كلاً من المعلم والوالدين. ويمكن أن تساعد رؤيتهم كل جانب لفهم مشكلات الآخر.

ويمكن للوالدين دفع التعاون مع المدرسة من خلال تبني اتجاه بنائي إيجابي مع المعلمين. وتجب مراعاة حقيقة أن المعلم يواجه كل يوم فصلاً مليئاً بالأطفال ذوي الحاجات والتوقعات المختلفة، وقد يفتقد لخدمات المساعدة اللازمة لإعطاء طفلك ما يحتاجه. وقد لا يكون مدركاً للتغيرات الصغيرة التي ربما تجري في حجرة الدراسة لتخفيف حدة بعض صعوبات طفلك. أخيراً.. فقد يشعر المعلم بعدم التقدير للجهود التي بذلها.

إنك حينما تبدأ برنامجاً للعلاج السلوكي فإن عليك أن تجعل المعلم يعرف أنك تقدر الجهد الزائد الذي هو مستعد لبذله. وحاول الحفاظ على اتصال مستمر مع المعلم

بدون طرح المزيد من المطالب. ويقدر معظم المعلمين الوالدين اللذين يبديان اهتماماً صادقاً بالأداء والسلوك الفصلي لطفلهما. واطلب إلى المعلم الاتصال بك إذا كان يواجه مشكلات في التعامل مع النظام الجديد. واشكره لقاء أية جهود خاصة يبذلها، وأرسل ملاحظات تقدير في الوقت المناسب، واشترك في رحلات الفصل أو ساهم في مشروعات الفصل. إن أي جهد تبذله للوصول إلى المعلم بطريقة إيجابية سوف يكون مفيداً.

ولعلك والأخصائي النفسي تبغيان أيضاً التماس المساعدة من المرشد الطلابي أو الأخصائي النفسي المدرسي أو المدير. ويمكن أن يكون شخص من هؤلاء معيناً خاصة إذا كان لطفلك أكثر من معلم واحد. ويستفيد أطفال كثيرون من وجود شخص محوري يتفاعلون معه بشكل يومي. وإذا كنت محظوظاً بالفعل فإنك قد تجد شخصاً بالمدرسة مستعداً لأخذ طفلك "كمشروع". وإذا كان هذا الشخص شخصاً غير معلم الفصل فإنه يمكن أن يدعم تيسير انتقال طفلك من صف للصف التالي.

ورغم جهودك الدائبة غير أنك ربما تظل تشعر بالإحباط فيما يتعلق بالخدمات المتاحة لطفلك أو ما تدركه كنقص في الاستعداد من جانب المدرسة أو المعلمين لعمل الترتيبات الملائمة له. كما أنك قد تشعر بأن المدرسة توصي أو تطلب تدخلات غير مناسبة. وسوف نناقش في الفصل التالي الخيارات التعليمية المختلفة التي قد تبغي الأخذ بها.

الفصل الثامن

التربية المدرسية

رغم أن اضطراب ADHD يمكن أن يولد صعوبات في جوانب كثيرة من حياة الأطفال، إلا أن المدرسة تطرح التحدي الأكبر عادة. فليست المدرسة تشغل جزءاً كبيراً من وقت الأطفال فحسب لكنها تكون عادة غير معدة ومهيأة للأطفال ذوي الخصائص المزاجية لاضطراب ADHD، إذ إن البرامج المدرسية غير مجهزة للأطفال الذين يعانون من مشكلة في البقاء على المقعد أو الانتباه. ويعتبر ضعف التحصيل الدراسي واضطراب السلوك أكثر الخصائص تكراراً والتي تؤدي إلى التشخيص بوجود ADHD والعمل لعلاجه.

وما يثير الدهشة أيضاً أن المدراس لم تحظ بالتركيز الكبير للتدخل لعلاج اضطراب ADHD حتى عهد قريب. فبدلاً من محاولة تعديل البرامج المدرسية من أجل تحقيق مواءمة أفضل مع الأطفال اتجه معظم الأطباء والمعلمين وأولياء الأمور إلى التركيز على تعديل الأطفال كيميائياً لجعلهم لائقين بالمدرسة كما هي. لكن التركيز الطبي لعلاج اضطراب ADHD يتغير الآن. فقد أصدرت أكاديمية طب الأطفال الأمريكية بياناً يدعو إلى عدم الاقتصار على استخدام العلاج الطبي فقط في علاج ADHD وإنما يجب أولاً تجريب "الوضع في الفصل الملائم، والبرامج التربوية الرياضية، والتعديلات السلوكية والإرشاد، وتوفير الهيكل التخطيطي". لكنه رغم هذا التركيز المتزايد على التدخلات المدرسية، إلا أن كثيراً من المدارس لا زالت بمنأى عن تقديم أية خدمات معدة للوفاء بالاحتياجات الخاصة للأطفال المصابين باضطراب ADHD.

ويوجد في عيادة ADHD بمستشفى فيلادلفيا للأطفال وملحقاتها اهتمام بالغ بتحديد التدخلات المدرسية الملائمة. وقد يعني هذا إيجاد الفصل المناسب أو تطبيق تعديلات بنيوية في الفصل القائم. وهي عملية طويلة في الغالب لما كانت المدارس تستجيب ببطء تجاه مسئولياتها المتزايدة.

وقد تشعر بوصفك ولي أمر بإحباط في بحثك عن الموقع المدرسي الملائم لطفلك ذي اضطراب ADHD. وسوف نناقش في هذا الفصل بعض الخيارات المتاحة للأطفال ذوي اضطراب ADHD وبعض الخطوات التي يمكنك اتخاذها للتأكد من أن طفلك يتلقى التعليم المناسب. ولما كانت البرامج التعليمية تختلف بشكل كبير من منطقة لأخرى ومن موقع لآخر، فإن خياراتك قد تكون مقيدة أو محدودة. لكنك إذا علمت ما تبحث عنه فإنك من الممكن أن تجد برنامجاً مناسباً أو مساعدة في تصميم برنامج يفي بحاجات طفلك. وسوف نناقش حقوق طفلك القانونية في الخدمات التعليمية المناسبة.

البيئة المدرسية المثلى

يمكن أن يكون أداء الكثير من الأطفال ذوي اضطراب ADHD مقبولاً في الفصول العادية، لكنه لا يكون الأداء الأمثل هناك. وهنالك أنماط من المعلمين والفصول الدراسية أفضل من غيرها للوفاء بالحاجات الدراسية والاجتماعية والانفعالية للأطفال ذوي اضطراب ADHD. ويتسم المدرس الأمثل لمثل هؤلاء الأطفال بالمهارة الكبيرة في كل من استراتيجيات التدريس وفنيات إدارة السلوك. وهو منظم جداً ويؤسس لقواعد واضحة ذات حدود متسقة راسخة. وفي نفس الوقت فإنه يجعل التعلم ممتعاً. وفيما وراء هذه الخصائص فإنه يكون مستعداً لاتخاذ طفلك "كمشروع". وهو يراه كتحدٍ وليس كمشكلة، ويراه كفرد وليس "كطفل لديه ADHD". ويكون مستعداً للتعاون معك والتشاور مع خبراء آخرين وتجريب استخدام مداخل جديدة. وتجده مدعوماً من قبل إدارة المدرسة وهيئة التدريس.

ويتسم الفصل الأمثل بالصغر ووجود معينات متاحة بالفصل للمساعدة في برامج إدارة السلوك وتمارين التدريب على المهارات الاجتماعية. وهنالك الأخصائيون السلوكيون المتاحون للعمل مع المعلمين ولتعليم المهارات الاجتماعية كجزء من المنهج. وهنالك أيضاً أخصائيو القراءة والرياضيات للمساعدة العلاجية عند الضرورة. ويتسم المنهج بالمرونة في كل من المحتوى والعبء العملي بحيث يمكن تعديله ليلائم

قدرات وحاجـات الأطفال. وحيث إن الفـصول غير المعدة تعـمل كثيراً على تشتيت الأطفـال المصابين باضطراب ADHD فإن المرونـة البنـيوية هي النهج الأنسب.

ولكن أين تجد هذا المعلم المثالي وذلك الفصل المثالي؟ إن معظم أولياء الأمور لا يختارون المدرسة التي يدرس بها طفلهم أو معلميه. لكنه لا يزال هنالك في بعض المدارس سبل يمكن للوالدين اكتشافها لإيجاد أفضل وضع لطفلهما. وإذا قدمت المدرسة أكثر من معلم في كل مستوى صفي فسوف تكون قادراً على ملاحظة معلمين مختلفين أو التحدث معهم من أجل إيجاد المعلم الأكثر طواعية في التوافق مع حاجات طفلك. ولا تسمح بعض المدارس لأوليـاء الأمور بطلب معلمين معينين، لكنك قد تجد الفرصة للاستعانة بطريقة ما في عملية الاختيار. ولعلك يمكنك ترتيب لقاء مع المدير لمناقشة حاجات طفلك النوعية ونمط الفصل الأفضل بالنسبة إليه. أو ربما يمكنك أن تطلب إلى معلم طفلك الحالي التوصية أو طلب معلم معين للعام القـادم. وإذا كان لمدرستك مرشدون طلابيون أو أخصائيون نفسيون مدرسيون فإنه يمكنك التماس مساعدتهم في إيجاد الموقع المناسب لطفلك. أو إذا كان هنالك أخصائي نفسي أو معالج سلوكي يباشر علاج طفلك فإنه يمكنك أن تطلب إليه الاتصال بالمدرسة والقيام بعض التوصيات بالنسبة إلى طفلك. وحاول بقدر الإمكان التعاون مع النظام ولا تحاول إثارة عداء أو كراهية المسئولين أو المعلمين بالمدرسة. لكنك ينبغي في نفس الوقت أن تصمم على حصول طفلك على ما يشبع حاجاته.

وبسبب الإحباط إزاء الخدمات النظامية للمدارس فإن بعض أوليـاء الأمور يحاولون وضع طفلهم في فصول خاصة لتعلم الأطفال ذوي صعوبات التعلم LD أو المضطربين اجتماعياً وانفعالياً SED. لكن ثمة مكاناً لا يكون مناسباً دائماً بالنسبة إلى أطفال ADHD. ولكي تتأكد من هذا فإن بعض أطفال ADHD هم أيضاً ذوو صعوبات تعلم أو يعانون من مشكلات سلوكية حادة نسبياً. ويستفيد ثمة أطفال بالفعل من هذه الفصول الخاصة. لكن معظم أطفـال ADHD لا يستوفون معايير هذه الفصول حتى حينما يكون لديهم صعوبات تعلم أو مشكلات سلوكية. وهكذا فإن هذه الفصول

لا تشبع الحاجات الدراسية والاجتماعية والانفعالية لمعظم الأطفال المصابين باضطراب ADHD. حتى أن بعض الفصول الخاصة تفاقم من حالة الأطفال أكثر وتؤدي بهم إلى تشرب إحساس بالاختلاف أو أنهم غير طبيعيين.

وقد كان هذا هو الحال مع الطفلة ميليسا ذات الست سنوات التي كانت تعاني من اضطراب UADD (اضطراب نقص الانتباه غير المتمايز ADD، أو اضطراب نقص الانتباه بدون فرط للنشاط). وقد تمخض الفحص النفسي للطفلة عن احتمال وجود مشكلة لديها في المعالجة السمعية. لكنها لم تتم إحالتها إلى التربية الخاصة لأن درجاتها على اختبار التحصيل وأداءها بالمدرسة بينا أنها كانت أقل من مستوى صفها بنحو من ستة أشهر إلى عام فقط. وقد شعر أخصائيها النفسي أن وجودها في فصل للتربية الخاصة يمكن أن يفاقم مشكلتها. وأوصى بأن تبقى في الفصل العادي وأن تتلقى مساعدة إضافية من قبل أخصائي القراءة ومن خلال تدريب المهارات الاجتماعية. كما أوصى بمناقشة والديها للقيام بإجراء طبي مع طبيب الأطفال.

إن مواقف مثل تلك الخاصة بالطفلة ميليسا تترك الوالدين في حيرة. وإن لم يكن أي من الفصول العادية أو الفصول الخاصة معداً ليناسب أطفال ADHD فماذا عساه يكون المكان الأمثل بالنسبة لهم؟ إن إجابة هذا السؤال يمكن أن تأتي عبر السنوات القليلة القادمة حينما تتناول السلطات مشكلة تعليم أطفال ADHD. جدير بالذكر أن القانون الفيدرالي الأمريكي ينص على أن جميع الأطفال لديهم الحق في التعليم المجاني والمناسب. ولكن كيف ينطبق هذا القانون على أطفال ADHD.. إن ذلك أمر لم يتحدد بعد.

التعليم المجاني والمناسب

يلزم القانون الأمريكي العام ٩٤-١٤٢ الذي أقر عام ١٩٧٥ الولايات بتقديم تعليم مجاني مناسب لجميع الأطفال بغض النظر عن إعاقاتهم. ويشير القانون إلى عدد من الإعاقات النوعية وتشمل: «الاضطرابات الانفعالية الحادة» و«صعوبات التعلم النوعية». وتشمل الاضطرابات الانفعالية الحادة الحالات النفسية المرضية مثل الفصام والاكتئاب ولكن ليس اضطرابات سلوكية مثل اضطراب ADHD.

إن صعوبات التعلم النوعية هي اضطرابات تنتج من مشكلات في المعالجة اللغوية الكتابية أو اللفظية (المتحدثة) والتي تؤثر في قدرة الطفل على الاستماع والتفكير والتحدث والقراءة والكتابة والتهجئة أو أداء الحسابات الرياضية.

ووفقاً لنص القانون فإن نسبة قليلة فقط من الأطفال ذوي اضطراب ADHD يستحقون خدمات وفقاً للبند PL ٩٤-١٤٢. بيد أن الحقيقة تقول أن عدداً كبيراً من الأطفال في فصول صعوبات التعلم في البلاد لا يعانون نقصاً في المعالجة اللغوية وإنما يعانون من مشكلات في التعلم مرتبطة باضطراب ADHD. وهم يدرسون في فصول صعوبات التعلم لأن مناطق تعليمية كثيرة تطبق مصطلح "من ذوي صعوبات التعلم Learning Disabled" على أي طفل يتراجع تحصيله عن مستواه الصفي بنحو عامين أو أكثر. وللأسف فإن الأطفال الموجودين في فصول صعوبات التعلم لأن اضطراب ADHD لديهم قد أثر على قدرتهم على التعلم ربما لا يتلقون الخدمات التعليمية الملائمة لمجالات الصعوبة عندهم.

إن الأطفال ذوي اضطراب ADHD في فصول صعوبات التعلم يشكلون نحو من ربع إلى ثلث جميع الأطفال ذوي اضطراب ADHD. ويظل معظم الأطفال ذوي اضطراب ADHD في الفصول العادية بدون أية مساعدة تعليمية. ويكونون هناك عرضة عادة لصعوبات التعلم بالإضافة إلى عواقب اجتماعية وانفعالية سلبية. بعبارة أخرى فإن الأطفال ذوي اضطراب ADHD كثيراً ما تتفرق بهم السبل، إذ إنهم لا يناسبهم الفصل العادي ولا فصول صعوبات التعلم LD أو الاضطرابات الاجتماعية والانفعاليةSED.

ويمكن أن يأخذ الحل لهذه المشكلة في النهاية شكل تعديلات على القانون PL ٩٤-١٤٢ لكي يجري اعتبار ADHD كحالة إعاقة ويتطلب تقديم برامج تعليمية مناسبة للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب. ثمة برامج يمكن أن تضع الأطفال في الفصول العادية وليس برامج العزل. وتتشكل بعض التنظيمات الوالدية والمهنية حالياً لإحداث ثمة تغيرات في القانون، لكنها تصطدم بمقاومة من أولئك الذين يزعمون عدم وجود اضطراب ADHD.

ويستخدم أولياء أمور آخرون القانون الفيدرالي وهو قانون التأهيل لسنة ١٩٧٣ وذلك للحصول على خدمات لأطفالهم. وتمنع المادة ٥٠٤ من هذا القانون البرامج الممولة فيدرالياً وتشمل المدارس من التمييز ضد أي شخص بسبب إعاقته. ونجد في نحو حالتين على الأقل أنكر فيهما على الأطفال ذوي اضطراب ADHD الخدمات الخاصة أن المحاكم قد قررت أن اضطراب ADHD يشكل حالة إعاقة وأن المدارس ملزمة تحت المادة ٥٠٤ بتقديم التعليم المناسب لهم.

وسواء أتم استخدام القانون PL ٩٤-١٤٢ أو المادة ٥٠٤ لتقديم برامج تعليمية مناسبة للأطفال المصابين باضطراب ADHD أو لا، فإنه يبدو أن المدارس يحتمل أن تضطلع في المستقبل بالمسئولية بطريقة ما. ولم يتحدد بعد الشكل الذي يمكن أن تتخذه هذه البرامج الخاصة، لكنها يحتمل أن تشمل إجراءات مسحية أفضل وإعداداً أفضل للمعلم وتدريباً أفضل للمساعدين المهنيين مثل المساعدين في الفناء وسائقي الحافلات والتدخلات بالفصول العادية.

ووفقاً للكثير من خبراء ADHD فإن معظم أطفال ADHD يمكن مساعدتهم بالوجه الأمثل إذا وضعوا في الفصول النظامية ولكن مع وجود تدخلات سلوكية نوعية. ويمكن تطبيق الكثير من ثمة تدخلات بدون مقاطعات كبيرة لبنية الفصل القائمة. وحتى قبل إحداث تغييرات في القانون فإن بعض المدارس تجدها مستعدة للمواءمة مع الحاجات الخاصة للأطفال ذوي اضطراب ADHD.

التدخلات المدرسية

يمكن لنظم إدارة السلوك كتلك التي جرت مناقشتها في الفصل السابع أن تكون النمط الأكبر من التدخل المدرسي. فتوجد استراتيجيات يمكن استخدامها لتعديل السلوكيات الموجودة في أعتى صعوبات أطفال ADHD وهي: اتباع التوجيهات، والبداية، والمكث في المقعد للمدة الزمنية اللازمة، والعمل باستقلالية عند اللزوم، والتواصل مع المعلمين والزملاء والانتقال بسلاسة من نشاط لآخر. ويمكن تأسيس نظم الإدارة الشرطية باستخدام المكافآت والعواقب السلبية المتوسطة لتشكيل هذه السلوكيات المناسبة.

وفيما وراء برامج تعديل السلوك هذه فإن المعلمين يمكن تدريبهم لعمل تعديلات صغرى في طرقهم في التدريس ما يحسن العمل مع أطفال ADHD. فعلى سبيل المثال، يجد الكثير من أطفال ADHD صعوبة في اتباع التوجيهات. ويمكن للمعلم أن يشير إلى ثمة أطفال بأنه سيعطي توجيهات قبل قيامه بذلك بالفعل بلمس أكتافهم. ويمكن أن يحاول تأسيس تفاعل بصري مع الأطفال وأن يبسط ويقصر التعليمات وأن يجري تقويماً بشكل دوري للتأكد من أنهم يفهمون.

ويتطلب كل من برامج تعديل السلوك وطرق التدريس المعدلة تدريباً مكثفاً للمعلمين إذا أريد أن يكونا فعالين. ويتلقى معظم المعلمين حالياً القليل من التدريب الشكلي في تعليم الطلاب ذوي اضطراب ADHD. ويمكن أن تقوم البرامج أثناء الخدمة أو كورسات أخرى بتعويض هذا النقص من خلال تدريب المعلمين وتعليمهم بشأن خصائص ADHD والحاجات التربوية والاجتماعية والانفعالية لأطفال ADHD. ويجب أن يتعلم المعلمون تعديل توقعاتهم بالنسبة إلى أطفال ADHD والعمل في إطار القدرات الخاصة للأطفال. فعلى سبيل المثال، يعاني بعض أطفال ADHD عيوباً تنظيمية ويحتاجون إلى المساعدة في الحفاظ على النظام في مقاعدهم وكراساتهم وحقائبهم. وسوف يحتاج المعلمون أحياناً إلى توجيه الطلاب بشأن ثمة مشكلات من قبيل إعطائهم أقلاماً رصاصاً حينما لا يمكنهم إيجاد إحداها في طاولتهم وليس معاقبتهم لنسيان أقلامهم الرصاص.

ويمكن لثمة برنامج تعليمي مناسب للأطفال ذوي اضطراب ADHD أن يتضمن أيضاً تدريب المهارات الاجتماعية كجزء من المنهج (انظر الفصل السابع). وفي أفضل الظروف فإنه يمكن توسيع تدريب المهارات الاجتماعية ليغطي مجالات خارج الفصل الدراسي ولينسحب على الفناء والكافيتريا والحافلة المدرسية. وترتبط هذه الأجزاء من اليوم المدرسي غالباً بأخطر مشكلات هؤلاء الأطفال. وفي كثير من المدارس فإنها تكون أوقاتاً غير مخططة نسبياً ويتدخل الكبار فقط حينما تخرج الأمور عن نطاق السيطرة. لكن البحوث ذهبت إلى أن وضع تخطيط ما لهذه الفترات الزمنية يمكن أن يمنع الأنشطة العدوانية وغير الاجتماعية من إلحاق الأذى.

وقد يحتاج الأطفال المصابون باضطراب ADHD الذين يدرسون في الفصول العادية إلى تعليم إضافي أو مساعدة علاجية كي يمكنهم مواكبة زملائهم واللحاق بهم. وإذا كان طفلك يمر بصعوبة دراسية فلتلجأ إلى الخدمات العلاجية المتاحة في مدرسته مثل أخصائي القراءة أو غرفة المصادر. وإذا كانت المدرسة تفتقر إلى وجود برنامج راسخ للمساعدة العلاجية فإنه من الممكن أن ترتب لحصول الصغير على تعليم خاص.

وتقدم المدارس العامة في بعض أجزاء الولايات المتحدة حالياً برامج يمكن تعديلها لمواءمة حاجات الأطفال ذوي اضطراب ADHD. كما أن بعض أولياء الأمور يكونون في وضع اختيار بدائل للمدارس العامة. وإذا كنت مأخوذاً بإرسال طفلك إلى مدرسة خاصة فعليك أن تبحث ليس فقط في المصادر المتاحة بالمدرسة وإنما أيضاً في المطالب أو الأعباء الدراسية والاجتماعية التي قد تلقى على عاتق الطفل هناك. واحرص على أن تتجنب المدرسة التي قد تكون غير مرنة في مدخلها التعليمي أو مطالبها الدراسية. وتتسم المدرسة الجيدة بالنسبة إلى طفل ADHD بأنها تصمم مدخلاً تربوياً خاصاً بكل طفل، وتقدم برنامجاً للمهارات الاجتماعية للتعامل مع المشكلات في سياق اليوم العادي وتوظف مستشاراً سلوكياً عند الضرورة. ويعمل المعلمون في مثل هذه المدارس مع فرق المساعدة المؤلفة من معلمين آخرين لتحديد أنسب مدخل للأطفال المعنيين.

وقد تؤثر أيضاً المطالب أو الأعباء التي تضعها المدرسة على الطلاب في رحلة العلاج التي سوف يحتاجها طفلك. ويمكن لطفل ADHD في المدرسة التي تهتم بالتفاعل الفردي بين المعلم والطالب أن يؤدي بشكل جيد بدون علاج طبي لكنه قد يحتاج العلاج الطبي في وضع مدرسي مختلف. ونجد في المدرسة التي تضع أعباءاً دراسية ثقيلة على كاهل طلابها أن الطفل الذي قد لا يحتاج علاجاً طبياً بطبيعته يمكن أن يتعثر بدونه. وقد كان ذلك موضع اعتبار كبير حينما كان والدا الطفل ماتثيو يدرسان ما إذا كان يتعين إرسال الطفل إلى مدرسة عامة في الجوار أم إلحاقه بمدرسة خاصة. وقد كانت المدرسة الخاصة

ذات متطلبات أكاديمية أكبر، ما جعلهما يشعران بأن ذلك سيصبح مزية لماتشيو الذي كان طالباً متفوقاً. لكن مطالب المدرسة الخاصة كانت كبيرةً جداً، ما جعل طبيب الأطفال يوصي باستخدام علاج طبي منبه إذا وقع اختيارهما عليها. وقد قال أنه يحتمل في المدرسة العامة ألا يكون العلاج الطبي ضرورياً. وبعد دراسة مكثفة للمخاطر والمزايا المقترنة بكلا الخيارين فقد اختار والدا ماتشيو المدرسة الخاصة والعلاج الطبي. وقد تعللا بأن البيئة كثيرة المتطلبات سوف تسمح له بالحصول على مزايا هامة دراسياً وفيما يتعلق بتقدير الذات.

وبوجه عام فإن أطفال ADHD ذي المستوى من المتوسط إلى الحاد يحتاجون إلى علاج طبي بغض النظر عن بيئتهم المدرسية. لكن حاجات الأطفال ذوي اضطراب ADHD البسيط تعتمد على المستوى المهاري للوالدين وتنظيم الأسرة والإمكانيات داخل المدرسة ودافعية المعلمين.

وإنك كوالد لطفل مصاب باضطراب ADHD فإن عليك محاولة تحديد البيئة التعليمية الأنسب للوفاء بحاجات طفلك بالإضافة إلى حاجات وموارد أسرتك. ولعلك تكون بحاجة إلى دعم طفلك بشكل فعال. وسوف تجري مناقشة الدعم الوالدي في الفصل الثالث عشر.

الفصل التاسع

العلاج الأسري

حينما يكون لدى الطفل اضطراب ADHD فإن الأسرة برمتها تتأثر بذلك. ولا تتوقف معاناة الأسرة من الضغوط بسبب صعوبات الطفل، إنما تجدها غارقة في العملية التشخيصية وفي تصميم وتنفيذ استراتيجيات إدارة الحالة. وقد ناقشنا في الفصول السابقة المداخل الإدارية الأولية وهي: العلاج الطبي، وإدارة السلوك، والبيئة التعليمية. ولكي ينجح أي من هذه المداخل فإنه لا بد أن تكون المشاركة الأسرية مسألة أساسية. لكننا نجد في بعض الأحيان أن الصراعات الأسرية تقف حجر عثرة في طريق التدخل الفعال. وحينما يكون الوضع كذلك فإن الأسرة يمكنها الاستفادة من الإرشاد أو العلاج الخارجيين.

وسوف نناقش في هذا الفصل موضوعات يمكن أن تتقاطع مع قدرة الأسرة على تنشئة وتربية صغيرها الذي يعاني من اضطراب ADHD. ولعلك تلمس بعضاً من هذه المشكلات في أسرتك. وإذا كنت تشعر بالحاجة إلى المساعدة في سبر أغوار هذه المشكلات بدرجة أكبر، فإنه يمكنك التماس خدمات المرشد أو المعالج. غير أن ما يؤسف له أنه لا توجد طريقة ناجعة لتحديد مدى الحاجة إلى المزيد من الإرشاد ونمط الإرشاد الذي يناسب حاجاتك بأفضل صورة.

ويتضمن الإرشاد الأسري أحياناً في الجوانب الأخرى من العلاج والإدارة. وينطوي تدريب الوالدين غالباً على مناقشة مركزة حول الخلافات الأسرية ومدى تأثيرها على قدرتك على تطبيق ما تعلمته. وقد تعني استشارة أخصائي نفسي أو مرشد نفسي بخصوص فنيات إدارة السلوك الصعوبات الأسرية كما تطرح نفسها. وبالنسبة إلى أسر كثيرة فإن ثمة تدخلاً إرشادياً أسرياً منخفض الكثافة يكون كافياً، لكنه حينما تكون الخلافات الأسرية مزمنة أو فجة حادة فإن المزيد من العلاج الأسري المكثف يكون فعالاً.

زد على ذلك أنه لدى نشوب مشكلات يصعب حلها فإن ثمة حاجة تتبدى إلى اللجوء إلى أنماط أخرى من العلاج. ويمكن أن يستفيد ولي الأمر المكتئب بشكل حاد من الإرشاد النفسي. وقد يجد الوالدان اللذان احتدم الخلاف بينهما لدرجة يجدان عندها أنه يصعب العمل معاً أن ذلك العلاج (الزاوجي) مفيد.

اين البداية؟

يمكن الحصول على الإرشاد الأسري بعدة طرق. ويقدم العديد من الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين الإرشاد والخدمات العلاجية لأسر كاملة. ويطلق بعض هؤلاء المهنيين على أنفسهم مسمى المعالجين الأسريين أو المرشدين الأسريين، بينما يسمي آخرون أنفسهم الأخصائيين النفسيين أو الأطباء النفسيين أو المعالجين السلوكيين. ولا تخبرك هذه المسميات سوى بالقليل عن مدخل المعالج. ونجد أن حتى المختصين الذين يسمون أنفسهم المعالجين الأسريين يستخدمون مدى واسعاً من المداخل العلاجية. ويعتمد بعضهم على التبصر أو الاستبصار بمعنى أنهم يحاولون سبر أغوار الانفعالات الأساسية والمشاعر الخافية بينما يعمد آخرون إلى التوجه نحو السلوكيات مباشرة. ويستخدم المرشدون ذوو التوجه السلوكي أنفسهم استراتيجيات مختلفة. فيركز البعض منهم على عمل تعديلات في بيئة الطفل ويشمل ذلك المدرسة أكثر من أي متخصص آخر. كما يعول الكثير من المعالجين الأسريين على كل من المداخل السلوكية والمداخل المعتمدة على التبصر أو الاستبصار. وبوجه عام فإن الأطباء النفسيين يتعاملون مع المشكلات الحادة أكثر مما يفعل الأخصائيون النفسيون. ويكون الطبيب النفسي المرجع الأنسب متى كان واحد أو أكثر من أفراد الأسرة يحتاج علاجاً طبياً بجانب الريتالين والذي قد يوصف من قبل طبيب الأسرة أو طبيب للأطفال بالتشاور مع المعالج السلوكي. وينزع الأخصائيون النفسيون والأخصائيون الاجتماعيون إلى القيام بالمزيد من التعليم والتوجيه مقارنة بالأطباء النفسيين رغم أن بعض الأطباء النفسيين يضمنون عملهم الأسري تدريباً والدياً.

وإذا قررت اللجوء إلى الإرشاد الأسري فإن عليك أن تبحث عن معالج ذي خبرة في التعامل مع اضطراب ADHD. ويعني ذلك عادة معالجاً ذا توجه سلوكي قوي. ولكي تجد مرشداً يفي بحاجاتك فإنه يمكنك طلب إحالة من قبل طبيب الأسرة أو طبيب الأطفال أو أخصائي رعاية صحية آخر يعمل مع طفلك في أمور تتعلق باضطراب ADHD. وتشمل مصادر الإحالة الممكنة الأخرى دعماً ومساعدة والدية بشأن اضطراب ADHD، أو جماعات الدعم (انظر الملحق)، وعيادات اضطراب ADHD في المراكز الطبية الكبرى، ومؤسسات الخدمة الاجتماعية الأسرية، وأولياء الأمور الآخرين للأطفال ذوي اضطراب ADHD أو الذين يعانون من صعوبات سلوكية مماثلة.

وليكن ماثلاً في ذهنك أن العلاج النفسي والإرشاد النفسي ليسا علاجين في حد ذاتهما لاضطراب ADHD وإنما هما سبيلان يمكنك من خلالهما تحسين الجو العام لعلاقات أسرتك وتغيير التفاعلات السلبية إلى تفاعلات إيجابية. وينبغي أن يساعد هذا على المدى البعيد كلاً من طفلك المصاب باضطراب ADHD بالإضافة إلى بقية أفراد أسرتك. لكن الإرشاد ليس بديلاً عن الأشكال الأخرى من العلاج.

تنمية التفاعلات الأسرية البناءة

يعتمد المدخل الذي يتبناه معالجك في الأخذ بيد أسرتك على طبيعة صعوبات أسرتك إلى حد كبير. فنجد في بعض الأسر أنه يكون أحد الوالدين أو كلاهما غير مستعدين لقبول أن طفلهما لديه مشكلة. وتبلغ شقة الخلاف بين الوالدين أحياناً مبلغاً يصعب معه العمل معاً لمساعدة صغيرهما. كما أن أسراً أخرى تعاني تشتتاً لأن الوالدين لا يتواصلان بصورة مباشرة للتعاطي مع كيفية الإدارة المثلى لصعوبات طفلهما المصاب باضطراب ADHD. ورغم أن المعالجين المختلفين يتعاملون مع الأسر بطرق مختلفة، إلا أن العمل الأسري يركز عادة على ثلاثة موضوعات عامة تتمثل في: استعادة القدرة على التحكم أو السيطرة وتقبل نتيجة التشخيص ومتعلقات اضطراب ADHD، ومجابهة الغضب والضغوط.

يشعر أولياء أمور الأطفال المصابين باضطراب ADHD بأنه رغم كل جهودهم المضنية التي يبذلونها، إلا أنهم لا سبيل أمامهم للتحكم في سلوكيات أطفالهم. وهم يشعرون أنهم أسقط في أيديهم وقد آلوا إلى الفشل. وتجدهم يغرقون في جب الهم والكدر، كما يغشى الأسى الطفل كصدى للكرب الذي حاصر أبويه. ويمسي الوالدان ثائرين، ما يحمل الصغير على الثورة بالتبعية. وتتكرر دورة الإحباط مرات ومرات، وتعيد إنتاج نفسها لدى شروع الطفل في إتيان سلوك ما. ولكي يتم كسر هذه الحلقة واستعادة التحكم، فإنه يتعين أن يفهم الوالدان أولاً كيف يجري جرهما إلى تلك الحلقة وكيف تؤدي بهما إلى فقدان الأمل والتحكم. وينبغي أن يتعلما كيفية استعادة التحكم ليس فقط في صغيرهما وإنما أيضاً في انفعالاتهما في هذا الموقف السائل.

ومن أجل إعادة تأسيس التحكم فإن على الوالدين أن يتأملا في كيف أن أساليبهما في التنشئة الوالدية يمكن أن تسهم في الصعوبات. ذلك أن الوالدين غير المتجانسين وغير الواثقين في نفسيهما أو المتنافسين خدمة لأهداف متعارضة، أو اللذين يشلهما غضب كل منهما من الآخر يعجزان عن استعادة التحكم في أطفالهما. ثمة مشكلات يمكن أن تحدث في أية أسرة، لكن صعوبات الأطفال ذوي اضطراب ADHD تفاقم الخلافات بين الوالدين غالباً. ويجد أطفال ADHD في الوقت ذاته صعوبة في التحكم الذاتي، ومن ثم فإنهم يكونون في أمس الحاجة إلى توجيه الوالدين.

وقد يكون عدم تجانس الوالدين السبب الأكثر شيوعاً في التربية الوالدية غير الفعالة. ويعتمد بعض الآباء على الشدة، بينما تكون الأمهات أكثر ميلاً لتشجيع الطفل والتوسل إليه. وقد تعطي الأم الطفل توجيهاً واحداً طوال اليوم، بينما يقول الأب شيئاً متعارضاً حينما يرجع إلى البيت قادماً من العمل غير مدرك للتوجيه السابق من قبل الأم. وقد يكون أحد الأبوين غاضباً كثيراً من طفله بينما يحاول الآخر حماية الطفل من الغضب. ومتى وجد عدم التجانس الوالدي فإن الأطفال يحتمل أن يصبحوا مرتبكين بسبب الرسائل المختلطة التي يتلقونها. وهم يشعرون بالثغرات التي أوجدها نقص

اتفاق الوالدين وقد يؤلبون أحدهما على الآخر. وقد يتجادل الوالدان حول تحديد من هو صاحب الأسلوب الوالدي الأكثر فعالية، ما يفاقم من حدة الخلاف. ثمة خلاف يتناقص عند الزواج وعند شعور الوالدين بالتحكم في الموقف.

ومن أجل تخفيف ثمة خلافات فإنه ينبغي أن يدرس الوالدان أساليبهما الوالدية وأن يتعرفا إلى مواطن الاختلاف بينهما وأن يصمما خطة عملية مقبولة من الطرفين. ويمكن أن يقوم معالج بتوجيه الوالدين عبر هذه العملية وأن يساعدهما في تجنب التشتيت من خلال لوم أحدهما للآخر بشأن الصعوبات. وإذا كشف هذا التنقيب مصادر أخرى للخلاف بين الوالدين أو خلافات أخرى بين الطفل وولي الأمر فإن المعالج يمكنه توجيه الأسرة لاستكشاف تلك الأمور.

مايكل

كان مايكل مغضباً محبطاً كما كان والداه كذلك. وقد حاولا مرات عديدة القيام بلجم سلوكه المعارض لكنهما فعلا ذلك بصورة جد عشوائية. فقد كانا يواجهان صعوبة في تأسيس حدود واضحة بالنسبة إلى مايكل. وكان يرجع ذلك في جانب منه إلى أنهما لم يتفقا على ماهية تلك الحدود. وقد دمر زواجهما مع تراكم خلافات الأسرة، وفاقم ذلك من القلق والضغوط عند مايكل وشقيقه. أخيراً.. فقد التمسا العلاج الأسري. وبدأ المعالج من خلال إعداد خطة لإدارة السلوك تتعلق بمايكل. وحيث إنها كانت مصممة من قبل طرف ثالث فقد وجد والدا مايكل أن من السهل الالتزام بها بدون التشتت من خلال غضب كل منهما من الآخر. كما ساعدهما المعالج في رؤية مدى أهمية الخطة بحيث يمكنهما التفاعل باتساق ودعم كل منهما للآخر. وبدأ خلال عدة أسابيع في رؤية مظاهر جوهرية للتحسن في سلوك مايكل. واستطاع المعالج التعامل مع جوانب أخرى من غضب الأسرة وإحباطها.

ثمة عامل آخر يضعف إحساس الوالدين بالتحكم نجده في التشوش بشأن قدرات الطفل. وقد يكون من الصعب معرفة ما إذا كان الطفل المصاب باضطراب ADHD غير قادر بالفعل على التحكم في دوافعه أو ما إذا كان يستخدم مشكلته كذريعة لإتيان السلوك الخارج. ويلوم بعض أولياء الأمور الطفل على عدم انضباطه وضعف قدراته، في حين تجد أولياء أمور آخرين مفرطي الحمائية ويلتمسون العذر للطفل في

ضعفه الشديد مرجعين فشله إلى "مشكلته". لكنه لا يساعد أي من هذه الأوضاع الطفل في التعاطي جيداً مع صعوباته بفعالية. ويحتاج كلا الوالدين والطفل إلى تعلم كل ما يمكنهم بشأن اضطراب ADHD وصعوبات الطفل الخاصة بحيث يمكنهم تأسيس توقعات وأهداف واقعية.

ويوجد التنافس أحياناً بين الوالدين حول أنماط المعاملة الوالدية المختلفة الكثير من الخلاف بحيث يبدأ الطفل في لوم نفسه على مشكلاتهما. وحينما يحدث ذلك فإنه يجب أن يحدد الوالدان مصدر غضبهما وإحباطهما وأن يفهما أن الطفل قد يكون مطلق الشرارة دون أن يكون سبب ثورتهما. ويمكن أن يقوم المعالج بمساعدة الوالدين في تفهم كيف تترجم صراعاتهما بصورة خطأ من قبل الطفل. ويمكن أن يقوم المعالج في نفس الوقت بالعمل مع الطفل لمساعدته في إدراك أنه ليس موضع لوم.

إن بعض أولياء الأمور لا يمكنهم بذل تحكم زائد في خوفهم البالغ على أطفالهم. وحينما يقلق الوالدان على صغيرهما فإنه لا يمكن التعامل مع مسائل التحكم حتى يتم ترشيد خوف الوالدين. ويحتاج الطفل مفرط العدوانية والنزعة التدميرية بين حين وآخر إلى علاج بالمستشفى بحيث يمكن التحكم في سلوكه ويمكن أن يبدأ الوالدان العمل بشأن مخاوفهما في وضع محكوم جيداً.

إن فهم سبب تخلي الوالدين عن التحكم يغطي نصف المشكلة فقط. لذا فإنه ينبغي أن يتعلم الوالدان أيضاً فنيات لفرض التحكم والحفاظ على تواصله. ويمكن دعم ذلك من خلال تدريب الوالدين ومداخل إدارة السلوك الأخرى (انظر الفصل السابع). وحينما يتضمن الإرشاد الأسري تدريباً والدياً فإنه يمكن أن يحصل الوالدان على فرصة لمحاولة تجريب فنيات معينة في وجود المعالج الذي يمكنه تقديم المساعدة والتشجيع خلال العملية. وينبغي أحياناً القيام بمحو تعلم طرق الوالدين في التحكم من قبيل ضرب الطفل لتنوع سلوكه؛ ذلك أن الضرب يمكن أن يحقق هدف جعل الطفل يفعل ما يطلب إليه لكنه يعلمه أن يصبح متوحشاً في الوقت ذاته. كما أن الوالدين اللذين يضربان أطفالهما يفقدان حدهما الخلقي واحترام أطفالهما. وحينما يستعيد الوالدان

التحكم في طفلهما فإن ذلك يفيد الأسرة بأسرها. ويرتقي تقدير الذات مع استعادتهما الإحساس بالتمكن والكفاءة. كما أن الطفل يستعيد الاطمئنان لأن نقص التحكم الذاتي لديه يمكن أن يرعبه جداً.

تيم

في أول زيارة يقوم بها تيم ذو الخمس سنوات وأسرته، قام بالتجول في الغرفة لمدة خمس دقائق بينما كان والداه يتحدثان مع المعالج. وقد قال والدا تيم أنهما استخدما في البيت نظام العزل المؤقت للتعامل مع هذا السلوك، لكن ذلك لم ينجح إلا نادراً. لذلك فقد طلب إليهما المعالج تنفيذ ذلك في المكتب. وأخذ الوالدان يحاولان جعل تيم يجلس في مقعد العزل المؤقت لمدة عشرين دقيقة بحيث يجلس فيه لمدة دقيقة حتى يهدأ. وراح تيم يصرخ ويعض ويرمي بالأشياء. وشجع المعالج الوالدين على البقاء هادئين ومواصلة الموقف. وحينما جلس تيم في النهاية لمدة دقيقة قال والداه أنها المرة الأولى طوال سنوات التي يتمكنان فيها من حمله على الطاعة. وقد تطلب الأمر عملاً كثيراً ومثابرة كبيرة من جانبهم، لكنه ثبت لديهما أن بإمكانهما القيام بعمل ذلك إذا تعاونا معاً ولم يستسلما. وكانت تلك نقطة تحول في إدارتهما لسلوك تيم. وعرف الوالدان في النهاية أنهما كانا يتحكمان، وعلم تيم أنه ليس بإمكانه إيقاع الهزيمة بهما. وفي المرة التالية التي انفجرت فيها ثورته استغرق الأمر ثلاث دقائق فقط لجعله يجلس في كرسي العزل المؤقت.

إن الكثير من الأطفال المصابين باضطراب ADHD يعرفون أنه ليس بوسعهم وضع أنفسهم في قبضة التحكم وأنهم يحتاجون إلى مساعدة إضافية من الأبوين.

ويحول بين الوالدين وبين فرض التحكم أحياناً شعورهما بعدم الكفاية والذنب والغضب والعزلة. وتعد كل هذه المشاعر جزءاً من العملية الطبيعية من الوصول إلى تشخيص اضطراب ADHD. لكنهما حينما يلجان طريق المعاملة الوالدية الفعالة فإن المرشد الأسري يمكنه حينئذٍ مد يد المساعدة.

تقبل التشخيص وتبعات اضطراب ADHD

يكون تقبل تشخيص اضطراب ADHD أيسر بالنسبة إلى بعض أولياء الأمور من غيرهم. ويغرق البعض في بحر الحزن لأنهم يرون آمالهم وتوقعاتهم بالنسبة إلى

الصغير تتحطم. ومثال ذلك حالة داني الذي التقيت به في المقدمة ووالديه اللذين تفهما أن داني يعاني من اضطراب ADHD حينما كان في الرابعة. وقد قالت والدة داني أنها شعرت "بكارثة" حينما بدأت معرفتها بالتشخيص. وقد توقعت أن يقول الطبيب النفسي أن طفلها الذي كان لامعاً جداً قد أساء التصرف. لكنها بدلاً من ذلك اصطدمت بفكرة أن ابنها البهي الجميل يعاني من "اضطراب". واستوعبت والدة داني بمرور الوقت أن تشخيص اضطراب ADHD كان وصفاً لصعوبات ابنها أكثر منه مقدمة لوصف حياة غير سعيدة. لكن تلك النقطة من التقبل لم تتيسر بسهولة أو بسرعة.

ويتخذ أسى الوالدين بسبب اكتشاف اضطراب ADHD ضروباً شتى. فيحزن البعض بشكل مفتوح منذ البداية. ويغضب آخرون من الطفل أو من أنفسهم أو من والديهم أو المدرسة أو الطبيب الذي قام بالتشخيص. وينكر البعض الآخر التشخيص كلية ويبحث عن تفسيرات أخرى لصعوبات الطفل. ويظل آخرون يقبلون التشخيص فوراً ويبدؤون في تصميم استراتيجيات للتوافق. وليس هنالك طريقة "صحيحة" للحزن، إذ إن ما يناسب شخصاً ما قد لا يناسبك. لكنه من الأهمية بمكان أن يجري الاعتراف بأية مشاعر تمر بها، وإن لم تفعل فإنها قد تعاودك بطرق مؤذية. وتجد ولي الأمر الذي يشعر بالحزن ويحبسه بين أضلعه يمسي مكتئباً مكروباً. وقد يعالج ولي الأمر الذي لا يعبر عن غضبه هذه المشاعر بطريق غير مباشر لكنه مدمر.

إن تثقيف نفسك بشأن اضطراب ADHD يمكن أن يساعد في التحرر من بعض ما قد يعتريك من الإحساس بالذنب والغضب والقلق. ويمكنك مع تعلمك المزيد حول اضطراب ADHD البدء في تفهم أنه لا سبيل للومك أو لوم طفلك بشأن الصراعات. كما يمكنك استبدال مشاعرك باليأس بمشاعر التفاؤل والأمل في ظل تحديدك الاستراتيجيات التي يحتمل أن تثبت فعاليتها مع طفلك. وسوف تعرف أنك لست وحدك. ويواجه بعض أولياء الأمور وربما تعرف بعضهم الكثير من نفس الصعوبات مع شكوك ذاتية مماثلة ومشاعر حزينة. ولعلك يمكنك الارتباط ببعض

هؤلاء، ما سوف يقلص مشاعرك بالعزلة. ويمكن أن يذهب هذا بك بعيداً نحو تحسين فعاليتك كولي أمر.

ويحتاج الأطفال المصابون باضطراب ADHD أيضاً إلى تعلم تقبل مشكلتهم. وهم يحتاجون إلى تعلم أن التشخيص لا يعني أنهم سيئون أو أغبياء وذلك لأن الإحساس الداخلي بالأهلية الذاتية لدى بعض الأطفال يتأذى كثيراً من خلال الفشل الدراسي ونقص الفهم والنقد. ويمكن أن يساعد الإرشاد ثمة أطفالاً في إعادة بناء رؤية أقوى وأكثر إيجابية لأنفسهم. وسوف نناقش في الفصل الحادي عشر بعضاً من المسائل الاجتماعية والانفعالية التي يواجهها الأطفال المصابون باضطراب ADHD.

مواجهة الغضب

كثيراً ما يتربى الغضب في الأسر التي بها اضطراب ADHD. وقد يرجع غضب الأطفال الذين يعانون من اضطراب ADHD إلى شعورهم الدائم بالاضطهاد أو لأنهم لا يتلقون ثقة في جهودهم. وربما يغضب الأخوة نظراً للانتباه الهائل المركز على أخيهم أو أختهم. ولعل غضب الأم من الأب يرجع إلى شعورها بتحمل معظم العبء في رعاية طفلها المشكل. وقد يكون غضب الأب من الأم لعدم تأدية الواجب بشكل أفضل. ويصعب إحصاء المصادر الممكنة للغضب، لكن الخطوة الأولى في مواجهة الغضب تكمن في تحديدها أولاً. فمن يغضب من ماذا؟ وما الأشياء التي تسبب الاستياء والغضب؟

إن الغضب قد يكون مكدراً لصفو الوالدين اللذين يجدان صعوبة في التحكم في مزاجيهما أو يكون لديهما مستوى ضعيف من تحمل الإحباط. وقد يتأجج الغضب أكثر حينما لا يتقبل الوالدن مشكلة طفلهما أو حينما لا يحزنان بالقدر الكافي. أخيراً.. فإن الغضب قد يشب هيبه لدى شعور الوالدين بالذنب حول مشاعرهم الغاضبة ومن ثم يرفضان التعبير عن إحباطاتهما.

ويمكن أن يساعد العلاج الأسري الأسر التي كبلها الغضب. فيمكن أن يعمل كملاذٍ آمن لكل أفراد الأسرة للتحدث حول غضبهم. وقد يعطي أفراد الأسرة

الفرصة لتجريب طرق مختلفة للتعامل مع بعضهم البعض. وحينما يبدأ الغضب في التنامي أثناء جلسة العلاج فإنه يمكن أن يساعد المعالج الأسري بتوجيه الأسرة من خلال حل موفق للمشكلة. فعلى سبيل المثال، إذا انفجرت ثورة الطفل أثناء الجلسة فإنه يمكن للمعالج الأسري أن يساعد الوالدين في البقاء هادئين وإدارة ذلك الهياج بدون الاشتراك أو الانغماس. ويستوجب الأمر أحياناً أن يعلم المعالج الوالدين طرقاً بديلة للتحكم في السلوك من قبيل الوقت العزل المؤقت أو الهدوء. وبعد التمكن من التحكم في الموقف فإنه يمكن للمعالج أن يوجه الأسرة من خلال مناقشة النقاط المثيرة للغضب بحيث يتم تفهم دورة الغضب التي يحاولان تجنبها بشكل أفضل.

وينشب الغضب بين الزوجين كثيراً في الأسر التي بها اضطراب ADHD. ويمكن أن تصبح أساليب المعاملة أو التنشئة الوالدية المختلفة مصادر أساسية للخلاف. كما أن المطالب التي يضعها الأطفال المصابون باضطراب ADHD على عاتق الوالدين يمكن أن تكون ثقيلة. وكثيراً ما يتحمل أحد الوالدين ويكون الأم عادة معظم العبء على كاهله. ونتيجة لذلك فإنها قد تنوء بسنوات من الإحباط والغضب الناشبين أظافرهما بالنسبة إلى كل من الطفل وزوجها. وحينما يأخذ الغضب في النشوء خلال جلسة العلاج فإنه يمكن للمعالج أن يوقف السيناريو ويطلب إلى الوالدين وصف ما قد يحدث بعدئذٍ. ثم لعلهما يدرسان بدورهما بدائل السماح للنقاش بالتصاعد حتى تشوب معركة كبرى. ويكون الغضب بين الوالدين أحياناً حاداً جداً بحيث تكون هنالك حاجة إلى علاج زواجي و/ أو فردي بالإضافة إلى العلاج الأسري.

مراجعة التاريخ الماضي

يمكن أن تتأثر الصعوبات التي قد تمر بها بعض الأسر بالتاريخ الماضي. فعلى سبيل المثال، قد يذكر طفل مشكل ولي أمره (أحد الوالدين) بشخص آخر وقع معه في عقدة الغضب. وحينما يحدث هذا فإن رد فعل ولي الأمر حيال الطفل يستعر ليس جراء سلوك الطفل ولكن بسبب عقده الانفعالية التي لا تحل. وقد تبدو ردود أفعال ولي الأمر نحو الطفل في مثل هذه المواقف غير منسجمة مع سلوك الطفل. وقد يشعر ولي

الأمر بأنه ضحية الطفل أو أنه مستثار بسبب ما يبدو أنه مخالفات صغرى. وسوف ينزع المعالج الأسري إلى إيجاد المواقف التي كانت في التاريخ الماضي لولي الأمر والتي أدت به إلى الشعور بأنه ضحية ومن الآخر الذي أجج ثمة تكديراً. وحينما يبدأ ولي الأمر في تفهم أنه ينقل غضبه المستعر من شخص آخر إلى طفله فلعله يمكنه حل عقد ذلك الغضب والتحرك قدماً نحو ردود فعل أكثر ملاءمة تجاه طفله.

إن التاريخ الماضي يمكن أن يلعب دوراً حينما ينقل الوالدان الخرافات الأسرية أو الفرضيات الثقافية ويضعانها على الطفل. فالأم التي تقول «إنه مثل أبيه تماماً» أو «إنه مثلما كان أخي تماماً» يمكن أن تصوغ فرضيات عن الطفل وهي محض هراء. فلو أن والد الطفل أو أخا الأم كان غير محبوب أو كثير المشكلات فإنها يمكن أن تفترض أن الطفل سوف تكون له أيضاً هذه الخصائص. وقد يشعر الأب أو الأخ في هذه الأثناء بالحمائية للطفل، ما قد يولد تواطؤاً بين الطفل والأب أو الأخ وهو ما يضعهما في خلافات مع الأم.

الأسر ذات الاحتياجات الخاصة

تتعقد التفاعلات الأسرية أحياناً من خلال المواقف أو الأوضاع الخاصة. ويوجد وضعان لهما وضع خاص بالنسبة إلى الأسر ذات اضطراب ADHD أحدهما الأسرة التي بها أحد الأبوين يعاني من اضطراب ADHD والآخر هو الأسرة التي انفصل أو طلق فيها الوالدان.

وحينما يكون ولي الأمر مصاباً باضطراب ADHD فإن التربية الوالدية قد تتعثر من خلال وجود المزيد من المشكلات المزمنة. ويشعر بعض أولياء الأمور بتنفس الصعداء حينما يعرفون أن المشكلة التي يعانون منها طوال حياتهم لها اسم أو تفسير. لكنهما قد يشعران في ذات الوقت بالغضب بشأن السنوات التي كان عليهما أن يتعاملا فيها مع الفشل المتكرر، ونقص الفهم وتقدير الذات المنخفض (انظر الفصل الثاني عشر). ويشعر بعض أولياء الأمور بالذنب بشأن نقل ثمة اضطراب إلى الصغار، ويرفض آخرون تقبل نتيجة التشخيص المتعلق بهم كلية. وقد يؤثر رد فعل ولي الأمر

نحو نتيجة تشخيصه بشكل حاد في فعاليته كولي أمر. ويتوحد ولي الأمر ذو اضطراب ADHD أحياناً مع صعوبات طفله بقوة بحيث يجد أن من الصعب ممارسة سلطته وهو يحاول التعامل في نفس الوقت مع انفعالاته المتصارعة. وهنالك جانب آخر تتعين مراعاته إزاء كون أحد الوالدين لديه اضطراب ADHD وهو استجابة ولي الأمر الآخر. ويكون ولي الأمر المصاب باضطراب ADHD عادة هو الأب، ويكون الطفل المصاب باضطراب ADHD هو الإبن. وإذا أفرط الأب في توحده مع صعوبات الابن فإنه سرعان ما يلتمس العذر في سوء التصرف تاركاً الأم تشعر بعدم التأييد. ونجد على رأس ذلك أن الأم قد تكون غاضبة من كل من الأب والإبن لخذلانها الدائب واضطرارها لمتابعتهما باستمرار ليظلا منظمين.

وقد كان ذلك أحد المشكلات الماثلة في عائلة مايكل التي التقينا بها في بداية هذا الفصل. فقد كان كل من مايكل ووالده بالغي الفوضى، وقد شعرت والدته بثقل الحمل بفضل حاجاتهما. وفي حالة مثل حالتهما فإن الإرشاد يمكن أن يساعد الأب في تعلم تقبل صعوباته والتوافق معها، كما يمكن أن يساعد الأم في الفهم الأفضل لصعوبات الأب وتبني مدخل بنَّاء أكثر بشأن كل من الزوج والإبن. ويمكن أن يساعد كلا الوالدين في معالجة شعورهما بالغضب. وقد تضمن جزء من عمل أسرة مايكل التعامل مع غضب كل شخص وإحباطه وإيجاد طرق لإعادة تنسيق المسئوليات الأسرية.

وتحمل الأسر المفككة تحدياً آخر يكون معه العلاج الأسري مناسباً أحياناً. وتكون كثير من الأسر حادة التفتت بحيث يصعب وجود الوالدين معاً في نفس الغرفة. وقد يرجع ذلك إلى أن الأسر تحتاج إلى علاج أسري ملح. ويظل الانفصال غير تام أحياناً، أي أن الوالدين قد كفا عن الاتصال والتعاون في حمل المسئوليات معاً لكنهما لم ينفصلا جسدياً أو لم يطلقا بعد. ويتمثل جل مشكلات هذه الأسر في تعلم إدارة سلوك الطفل ذي اضطراب ADHD. ويمكن أن يساعد العلاج الأسري مثل هذين الوالدين في رؤية كيف أن الخلافات تضعف سلطتهما الوالدية. ويمسي العلاج الفردي لكل من الوالدين و/ أو العلاج الزواجي مطلوباً غالباً بجانب العلاج الأسري. وإذا حاول

المعالج الأسري التصدي كل المشكلات في الأسرة المفككة بشكل حاد فإن أهداف العلاج الأسري قد تضيع سدى. وتجد أنه كثيراً ما يكون لدى الوالدين في الأسر المطلقة فهم أفضل للحاجة لإيجاد طريق ما لتنحية مسائل الطلاق من أجل التعاون لصالح الطفل.

وفي الكثير من الأسر ذات ولي الأمر الواحد فإن مسائل التحكم والغضب والتقبل تتشابه في طبيعتها لكنها تكون أكثر شدة. وقد تكون حاجة ولي الأمر الوحيد إلى الدعم والتوجيه بدرجة أعلى كثيراً. ويمر أطفال الأسر ذات ولي الأمر الوحيد بمخاطرة ذات مستوى أعلى من المتوسط خاصة بتنامي الاضطراب السلوكي، وخاصة إذا كانوا قلوقين أو عدوانيين وكان ولي الأمر يحجم عن التحكم في القلق.

كيث

أتت والدة كيث إلى مستشفى الأطفال بفيلادلفيا لأنها كانت تشعر باليأس والإحباط وفقدان التحكم. فقد تم تشخيص حالة كيث بأنه يعاني من اضطراب ADHD منذ سنوات خلت، حيث تلقى إثر ذلك علاجاً طبياً وعلاجاً نفسياً. بيد أن العلاج الطبي قد توقف لأن كيث أبدى عدوانية متزايدة وقلقاً متفاقماً وحزناً متنامياً حينما بدأ إنقاص الريتالين بالتدريج. ومع توقف أخذ العقار بدأ الأداء الدراسي لكيث في الانحدار رغم تمتعه بذكاء حاد. والآن فإن كيث عمره إحدى عشرة سنة وكانت أمه تشعر بالغرق في حاجاته الكثيرة وتخشى عاقبة عدوانيته. وقرر الفريق المعالج أن كيث بحاجة إلى تقييم دراسي/ مدرسي للوقوف على حاجاته التعليمية وربما الالتجاء إلى استخدام العلاج الطبي من خلال أخذ عقار مختلف. لكن الأمر الأهم أنه كان بحاجة إلى برنامج علاجي شمل أمه لتتعلم إدارة سلوكه بشكل فعال حقيقي.

ويمكن أن تستنزف الخلافات الأسرية والغضب المطبق طاقة الوالدين والأطفال كذلك فيفقدون الإحساس بالتحكم في الوضع. وتتطلب الإدارة الفعالة لاضطراب ADHD من الأسر اكتساب الإحساس بالأمل بأن حياتهم ستكون أفضل وأن الحلول إنما هي في مرمى بصرهم. ويحتاج كل من الوالدين والأطفال إلى الشعور بأن لديهم التحكم والقوة لإحداث التغيير في طرق تعاملهم مع بعضهم البعض وطرق تعامل الآخرين معهم. ثمة شعور يتأتى في جانب منه عبر المعلومات وفي جانب

منه من خلال تكوين علاقات مساعدة ومن خلال تعلم تعديل السلوك. وهو يعني اختيار المعارك بدقة وحذر وليس خوض تلك المعارك التي لا يمكن كسبها. أيضاً فإنه يعني تبني خيارات حكيمة بالنسبة إلى بدائل العلاج. كما يعني أيضاً تعلم حماية نفسك.

ولعلك تبغي التشاور مع المعالج الأسري حول الخطوات التي يمكنك اتخاذها لاستعادة قوة الأسرة. ويمكن أن يقدر المرشد على مساعدتك في رؤية الأشياء بوضوح أكبر بحيث يمكنك العودة إلى جادة الطريق. ومن المحتمل أن يذوب إحساسك بالتمكن في الموقف ويتآكل عبر الوقت مع نمو طفلك ومواجهته تحديات جديدة ومع مواجهتك تحديات جديدة خاصة بك. وهكذا فإنك قد تبغي العودة إلى المعالج من آنٍ لآخر من أجل التوليف المتقطع.

إن اضطراب ADHD يؤثر في جوانب كثيرة جداً من حياة الأسرة لا سيما أنه ليس من المعتاد أن تحتاج الأسرة إلى المساعدة. ويعطي العلاج الأسري فوائد كثيرة. وبالإضافة إلى إعطاء كل أفراد الأسرة الدعم والتشجيع فإنه يساعد الطفل المصاب باضطراب ADHD في فهم أنه ليس وحده لأنه غير طبيعي أو غريب، وأن الأسرة بأسرها تعمل معاً لخلق وحدة أسرية تعمل بشكل أفضل.

الفصل العاشر

علاجات غير تقليدية

رغم الفعالية المثبتة للكثير من الاستراتيجيات الطبية والسلوكية والتربوية التي بينتها الفصول السابقة، إلا أن والدي الطفل المصاب باضطراب ADHD يظلان يتطلعان إلى علاج أفضل وأبسط. وهو أمل بات يتعلق بعلاج طبي خاص يعالج الأعراض الأساسية دونما تأثير في الجوانب الأخرى لصحة الطفل العقلية أو البدنية. ويأمل آخرون في إيجاد استراتيجيات سلوكية قاطعة لعلاج المشكلات السلوكية بدون علاج طبي. ولا يزال آخرون متشبثين بالاعتقاد بنشوء المشكلات نظراً لعوامل بيئية مثل السموم في الأطعمة والمدارس غير المناسبة، وأنه إذا عولجت هذه الأمور فإن السلوكيات المشكلة سوف تختفي.

وتعطي الرغبة في إيجاد شكل أفضل للعلاج إحساساً تاماً. وهي تنشأ في جانب منها جراء آمال الوالدين بأنه سيجد شخص ما تفسيراً أبسط لمشكلات الصغير، وأن وصفة سريعة سوف تحسن الأمور كلها. وهي تنجم في جزء منها عن عدم الكفاية الحقيقية للمداخل العلاجية الحالية. ولا يعرف أحد بالفعل الأساس الحقيقي لصعوبات الأطفال ذوي اضطراب ADHD. وليس هنالك من هو متأكد من أي من العلاجات سوف يكون الأكثر فعالية بالنسبة إلى أي طفل.

وينشأ أيضاً البحث عن بدائل علاجية أفضل من القلق الوالدي الحقيقي حول أمان العلاج الطبي. فنجد في حالات قليلة أن القلق والاكتئاب الزائدين والمرض الشبيه بالذهان (وهو نادر) قد حدثوا لدى الأفراد الذين يأخذون المنبهات. ورغم الدراسات الكثيرة التي بينت أن العلاج الطبي بالمنبهات آمن وفعال بالنسبة إلى معظم الأطفال، إلا أننا بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول الأمان طويل المدى للجرعات الكبيرة من المنبهات. وتغري العلاجات البديلة بعض أولياء الأمور لأن المداخل القياسية للعلاج لا تجدي نفعاً مع أطفالهم أو أنها تحتاج وقتاً طويلاً وتتطلب مشاركة كل شخص ذي علاقة بالطفل.

ولا يجعل نقص الوضوح بشأن تشخيص وعلاج اضطراب ADHD البحث عن بدائل ممكن الفهم فحسب، لكنه أيضاً يجعل الوالدين عرضة للمزاعم التي يطلقها أنصار العلاجات الكثيرة غير المثبتة علمياً/ عملياً. ورغم نقص الدلائل حول جدوى بعض المداخل إلا أن القصص التي تسجل نجاحات لهذه المداخل تظهر بانتظام في الكتب والمجلات والصحف والتلفاز. وقد ينقل أولياء الأمور إلى بعضهم البعض قصصاً عن الأطفال الذين مروا بتحسنات جوهرية من خلال طرق غير معتمدة. ويأمل الوالدان أن يستطيع صغيرهما إدراك ثمة فوائد. وقد تنجرف نحو تجريب مدخل علاجي أقل تقليدية إما لأن المداخل القياسية لم تجد نفعاً أو نظراً لأنك تعترض عليها لأسباب أخرى. وسوف نناقش في هذا الفصل بعض العلاجات غير التقليدية التي يرد ذكرها كثيراً كعلاجات مناسبة لاضطراب ADHD. وقد تم تجريب الكثير من العلاجات غير التقليدية المختلفة، لكنه لم تثبت فعالية أي منها بالنسبة إلى معظم الأطفال المصابين باضطراب ADHD. ورغم ذلك فإن هذه الطرق لا زالت قيد الدراسة ولا زال العديد من أولياء الأمور والمختصين يواصلون التعلق بفعاليتها. ونحن نناقش هنا بعض العوامل التي قد تنزع إلى التفكير فيها إذا كنت مهتماً بثمة مدخل بديل.

ولا بد من مراعاة عوامل كثيرة لدى تقييم أي شكل من العلاج (بما في ذلك الأشكال التقليدية من العلاج). فتأتي أولاً قدرة العلاج الممكنة على إحداث ضرر. وبطبيعة الحال فإنه حينما يتبنى ولي الأمر علاجاً لطفله فإن الجانب الأهم هو أثره على الصحة البدنية للطفل. لكن الضرر قد يأتي في أشكال متعددة، ولا بد من الاهتمام بالجوانب الضارة الأخرى لثمة علاج خاص. وقد يكون العلاج ضاراً في إطار تكلفته بالدولارات والوقت و/ أو الطاقة. وقد يضيف ذلك ضغوطاً على الأسرة المستنزفة حتى حدودها القصوى. وقد تكون طريقة العلاج ضارة أيضاً إذا أعلت بشكل خطأ من آمال الأسرة أو أحبطت الوالدين و/ أو الطفل. وعليك أن تحاول المحافظة على توقعات واقعية حينما تقوم بتجريب شكل بديل من العلاج.

وإذا صوحب شكل خاص من العلاج بمخاطرة منخفضة لحدوث الضرر فإن العامل الثاني الذي تجب مراعاته هو فوائده الممكنة. ويصعب تقييم ذلك في الغالب. ورغم أن بعض

هذه الاستراتيجيات قد جرت دراستها بتوسع، إلا أن دلائل فعاليتها أو نقص فعاليتها قد يصعب إيجادها. وقد يذكر المؤيد لشكل معين من العلاج حالات كثيرة ثبتت معها فعالية العلاج في حين أن علماء آخرين قد يرفضون تلك المزاعم. وليس معظم أولياء الأمور في وضع القيام بتقييم تصميم أو إجراء الدراسات العلمية. وإذا وصلت دراسة ما إلى نتيجة معينة وتوصلت دراسة أخرى إلى نتيجة مخالفة، فمن أين يعرف ولي الأمر ما هي الدراسة التي سوف يتبعها؟ ويختلف العلماء أنفسهم غالباً حول صدق دراسات متعددة (رغم أنه يتشكل إجماع في المجتمع العلمي بمرور الوقت بالنسبة إلى فعالية شكل ما من العلاج). وسوف نشير في المناقشات التالية حول البدائل العلاجية غير التقليدية المتعددة إلى ما هو معلوم وما هو غير معلوم حول فعالية كل مدخل وبعض المشكلات التجريبية التي تقابل العلماء حينما يحاولون جمع دلائل بناءة. ومن خلال هذه المعلومات فإنك لا بد أن تكون في وضع أفضل لتحديد موقفك من التماس استراتيجية علاجية غير تقليدية.

ولكي يتم فهم لماذا تفرز الدراسات العلمية للعلاجات نتائج متعارضة، دعنا نناقش أثر العلاج الإيهامي placebo، إذ إن العلاج الإيهامي هو شكل غير فعال من العقار (أو علاج آخر) يعطى لجعل الأشخاص يعتقدون أنهم يتلقون علاجاً في حين أنهم لا يتعاطون شيئاً. ويستخدم العلماء غالباً العلاجات الإيهامية كخط ضابط في التجارب. ومن خلال مقارنة النتائج عند الأشخاص الذين أعطوا العقار الفعلي بنتائج الأشخاص الذين أعطوا العلاج الإيهامي، فإنه يمكن للعلماء أن يحددوا ما إذا كان العقار له تأثير حقيقي أو ما إذا كان الأثر آتياً من أسباب غير ذات صلة بمفعول العقار مثل ثقة الطبيب بأنه سوف يجدي نفعاً، أو توقع المريض بأنه سوف يحصل على فائدة.

ويبدي عدد كبير من المرضى في التجارب العلمية تحسناً سواء أتم تلقيهم العلاج أم لا. ويدعى ذلك تأثير العلاج الإيهامي. بعبارة أخرى، فإنه سوف يتحسن بعض الأشخاص بغض النظر عن العلاج الذي يتلقونه، حتى رغم أن تحسنهم قد (يبدو) مرتبطاً بالعلاج. ويفسر ذلك لماذا يحرص العلماء على وجود دراسات مضبوطة، ولماذا يجري الحكم على نوع معين من العلاج في غيبة الدراسات المضبوطة بأنه غير فعال أو لم تثبت فعاليته.

لقد جرى افتراض وجود علاقات بين الغذاء والسلوك لعقود طويلة. كما أن وجود ثمة علاقات يبدو واضحاً جلياً. ويعتقد البعض أن أطعمة معينة تجعل الناس يشعرون بفورة الطاقة أو الخمول والبطء، لذا فإنه يبدو منطقياً الاعتقاد بأن بعض الأطعمة تسبب فرط النشاط وأن أخرى تسبب مشكلات سلوكية. وحينما قام بنيامين فينجولد Benjamin Feingold في عام ١٩٧٤ بنشر كتابه "لماذا طفلك مفرط النشاط؟" فقد كان صداه الإيجابي مدوياً كاسحاً. وانتشرت بكل أنحاء الولايات المتحدة مؤسسات فينجولد التي يستطيع فيها أولياء الأمور تعلم معلومات عن وجبة فينجولد والمشاركة في الوصفات والمعلومات. وقد كان هنالك أطباء آخرون يطرحون في الوقت ذاته مداخل غذائية أخرى لإدارة السلوك. وحاول العلماء دراسة هذه الوجبات في ظل ظروف محكمة آملين في إيجاد تفسير سهل لمشكلة فرط النشاط واسعة الانتشار. ولكن رغم كل هذه السنوات من الدراسة إلا أن معظم المختصين الطبيين لا يوافقون على صواب فكرة أن الغذاء يلعب دوراً هاماً في إحداث فرط النشاط. ورغم ذلك فإن بعض أولياء الأمور لا يزالون يزعمون أنهم قد تحكموا بنجاح في فرط النشاط عند أطفالهم من خلال التنظيم الخاص للعملية الغذائية. وهنالك مدخلان مختلفان يحظيان بتأييد واسع:

وجبة فينجولد

تعتمد وجبة فينجولد (المسماة Kaiser–Permanente أو وجبة K–P) على فرضية فينجولد بأن الإضافات الغذائية هي سبب فرط النشاط عند نحو ٤٠–٥٠٪ من الحالات. وتزيل وجبة فينجولد الألوان والمحسنات الاصطناعية بجانب مختلف أنواع المواد الحافظة مثل BHA و BHT. وافترض فينجولد أيضاً أن الكيماويات الموجودة بصورة طبيعية والمسماة بالساليسيلات يمكن أن تسبب أعراض ADHD. وهكذا فإن الوجبة تزيل كل الأطعمة التي تحتوي على الساليسيلاتات الطبيعية والتي تضم خضماً متنوعاً من الفواكه والخضروات.

إن إزالة الإضافات الغذائية من وجبة الفرد ليس مهمة سهلة، إذ إن جميع الأطعمة المعالجة كيميائياً والمعالجة تقريباً تحتوي على كيماويات مضافة لزيادة مدة الصلاحية أو لجعل

المنتج يبدو شهياً أكثر. حتى أن بعض الأطعمة التي يعلن عنها أنها (طبيعية) تحتوي على إضافات كيماوية والتي قد "تضاف إلى العبوة للحفاظ على الطزاجة". وهكذا فإن الحفاظ على وجبة فينجولد يعني التحضير الدقيق لكل الأطعمة التي يأكلها الطفل في البيت باستخدام مكونات طازجة غير معالجة كيميائياً.

ورغم أن الكثير من أولياء الأمور يؤكدون حدوث نتائج حاسمة من خلال الوجبة، إلا أن الدراسات العلمية حول تأثيراتها كانت صعبة الإجراء. ويعتقد علماء كثر أن الوجبة تحسن سلوك الطفل أساساً بسبب أن الأطفال يتلقون انتباهاً واهتماماً أكبر ولأن الأسر تتبنى اتجاهاً متفائلاً ملؤه الأمل. وقد حاول العلماء من خلال الدراسات المعملية تجريب إزالة آثار توقعات الطفل والوالدين من خلال "تعمية" المفحوصين بالنسبة إلى وجود أو عدم وجود إضافات في الوجبة. ويتطلب ذلك ضبطاً كلياً للوجبة من قبل العلماء، إذ إنهم لا بد أن يقدموا كل الطعام الذي يأكله الأطفال وأن يتأكدوا من أنه لا يعرف الأطفال أو الوالدان ما إذا كان هنالك إضافات بالطعام أم لا. وقد تم إجراء هذا النوع من الدراسات فقط في حالات قليلة وانتهت المسألة إلى نتائج غير بناءة متضاربة. وثمة تفسير للنتائج المتناقضة أن هنالك بالفعل بعض الأطفال الحساسين للإضافات الغذائية، لكن ذلك ليس الحال لدى معظم الأطفال مفرطي النشاط الذين لا يحصدون فوائد كبيرة متواصلة من الوجبة. كما لقيت هذه الدراسات انتقادات بسبب ضعفها المنهجي.

ويمكن القول إنه أصبح لا يوجد سوى دليل علمي ضعيف لتأييد المزاعم الخاصة بوجبة فينجولد. وبالنسبة إلى أولياء الأمور الذين يبغون تجربتها فإنه يبدو أنها ذات إمكانية ضعيفة لإيقاع الضرر لطالما يجري اتخاذ الحيطة لضمان الحصول على مقادير كافية من فيتامين C والمغذيات الأخرى بشكل طبيعي من الفواكه والخضروات التي تحتوي على ساليسيلات. لكن أولياء الأمور قد يبغون تقييم مدى عدم ملاءمة الوجبة وفوائدها الممكنة في مقابل الضغوط الإضافية التي قد تغذيها. وقد يؤدي فرض وجبة على الأطفال الذين يميلون إلى أن يكونوا ممانعين إلى تأجيج المزيد من الخلافات بين الطفل وولي الأمر مع نضال الأطفال للحفاظ على الحصول على رقائق البطاطس وأصابع الحلوى.

بينما تركز وجبة فينجولد على الإضافات الغذائية والساليسيلات الطبيعي فإن أناساً آخرين افترضوا أن عدداً كبيراً من الأطعمة يمكن أن يسبب أعراض ADHD عند أطفال بعينهم يكونون عرضة لذلك. ويعتقد أن الأطفال المصابين بالحساسية يكونون حساسين في الغالب لأطعمة معينة رغم أن كلمة حساسية قد تكون تسمية خطأ في هذه الحالة. ويقصد بالحساسية نوع معين من رد الفعل المناعي الذي تتوسطه أنواع معينة من الخلايا والبروتينات في الجسم. وحينما يتعرض شخص مصاب بالحساسية لمادة معينة (تسمى مسبب الحساسية allergen) التي يكون حساساً لها، فإن عدداً من الأعراض المميزة يمكن أن يقع. وإذا كان مسبب الحساسية نوعاً من حبوب اللقاح فإن هذه الأعراض قد تتضمن أيضاً دمع العين وجريان الأنف والعطس والحكة الجلدية. وإذا كان مسبب الحساسية طعاماً فإن الجسم بأكمله يمكن أن يهتاج مع وجود أعراض تتراوح بين الطفح الجلدي والتورم أو الانتفاخ واضطراب المعدة وحتى زيادة ضربات القلب والصعوبة الحادة في التنفس. ويمكن تشخيص الحساسيات الغذائية تحديداً من قبل مختص بالحساسية من خلال العديد من الفحوص المعملية. وتعتبر الأسماك والشوكولاتة والفول السوداني والفراولة واللبن بعضاً من الأطعمة التي تثير الحساسية كثيراً. ويتخلص الكثير من الأطفال الذين يعانون من هذه الحساسية لدى بلوغهم.

بيد أن نوعية الحساسية الغذائية التي يربطها البعض بارتفاع ضغط الدم واضطرابات نقص الانتباه لا تتبع هذا الميكانيزم للحساسية. ورغم ذلك فإن ردود الفعل هذه توصف كثيراً بحساسيات الغذاء "المستترة" أو "غير المتهمة". ويعتقد أن هذا النوع من الحساسية الغذائية يسبب الضغوط النفسية والتعب وعديداً من المشكلات العصبية أو العقلية من خلال ميكانيزم ما غير معروف بعد.

إن بعض الأطباء الذين يسمون أنفسهم الإيكولوجيين الإكلينيكيين يزعمون أن بإمكانهم اكتشاف الحساسية الغذائية من خلال حقن عصارات أو مستخلصات غذائية في ذراع الفرد ثم القيام بمراقبة أعراض مثل الدوار أو التعب. ومتى تم التعرف إلى

"الحساسيات" فإن أولئك الأطباء يستخدمون حقناً أضعف من العصارة تعطى بالوريد أو تحت اللسان وذلك لمعادلة أو تحييد ردود الفعل حينما لا يمكن تجنب الأطعمة. ولقد قامت الأكاديمية الأمريكية للحساسية والمناعة وكيانات طبية أخرى باختبار هذه المزاعم وتوصلت إلى أن ثمة فنيات غير فعالة وتفتقر إلى المنطق.

ورغم النقد الواسع لدور الحساسيات الغذائية في إحداث أعراض ADHD إلا أن ثمة تفسيراً لا يزال له مؤيدون كثر. وحيث إنه لا يوجد اختبار معملي جيد يبين نوعية الأطعمة التي يكون الفرد حساساً تجاهها، فإنهم يؤيدون استخدام دراسة نظام الوجبة الغذائية لتقييم الحساسيات الغذائية أو وجبات الإزالة. وفي هذا الإطار فإنه يتم في وجبات الإزالة استبعاد كل الأطعمة التي يعتقد أنها يمكن أن تسبب الحساسية من وجبة الفرد، ثم تجري إضافتها فرادى وبالتدريج بحيث يمكن تقييم ردود الفعل نحو أطعمة معينة.

إن وجبة الإزالة تستغرق وقتاً وقدراً كبيراً من الطاقة. وهي تبدأ عادة باستبعاد كل منتجات الألبان والسكر والأطعمة المحتوية على السكر وجميع المنتجات التي تحتوي على قمح أو بيض وكل المنتجات التي تحتوي على الذرة أو شراب الذرة وكل الأطعمة التي تحتوي على الألوان الغذائية والنكهات الاصطناعية والشوكولاتة والكولا والعصائر الحمضية وعصائر الفواكه والفول السوداني (أو زيت الفول) والفول (بما في ذلك زيت فول الصويا ومنتجات الصويا الأخرى) والعسل وعيش الغراب. ووفقاً للخطة الغذائية فإن أعراض الطفل تختفي خلال من خمسة إلى عشرة أيام. ثم تعاد إضافة بعض النوعيات فرادى (واحدة في كل يوم). وإذا عاودت الأعراض الظهور فإنه يتم إزالة الغذاء المضاف من وجبة الطفل في ذلك اليوم.

إن المشكلة الأبرز في وجبات الإزالة أنها يصعب تنفيذها. هذا بخلاف أنه لا يوجد سوى دليل علمي ضعيف فقط لتأييد استخدامها. ورغم ذلك فإن بعض أولياء الأمور يشيرون إلى حدوث تحسنات سلوكية جوهرية حينما يتبع أطفالهم الوجبة بشكل صارم. ولعل الأمر يكمن في الاهتمام الزائد بالطفل والرغبة القوية في لمس فائدة ما تؤثر في سلوك صغارهم أو إدراك أولياء الأمور لتحسن يغشاهم.

وقد يكون نقص التأييد العلمي لوجبات الإزالة نتيجة لصعوبة إجراء دراسات غذائية جيدة الضبط. ورغم وجود هذه الصعوبة، إلا أن دراسة حديثة بينت أن وجبة استبعدت منها الإضافات الغذائية قد عملت على تعديل السلوك لدى نحو نصف عدد أطفال عينة الدراسة، وهم مجموعة من البنين في الحضانة ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط. وقد تم اختيار هؤلاء البنين لأنهم أبدوا أيضاً أعراض الحساسية أو صعوبات في النوم، لذا فإن النتائج قد لا تنطبق على الأطفال غير الحساسين مفرطي النشاط وذوي نقص الانتباه. لكن حتى أولئك الأطفال الذين بدا أنهم استفادوا من نظام الوجبة لم تصبح قيادتهم سهلة. ورغم ذلك فإن الدراسة تكشف عن علاقة واضحة بين الطعام والسلوك وقد دعت إلى إجراء دراسات وأبحاث أخرى في الموضوع.

وبالنسبة إلى أولياء الأمور الذين يتطلعون إلى اكتشاف وسائل غذائية لتعديل سلوك الطفل فإن المخاطرة تبدى بشكل ضعيف لطالما تم اتباع توجيهات غذائية طبيعية.

العلاج بجرعات الفيتامينات المكثفة

تتمثل إحدى أشكال المدخل غير التقليدي الأخرى لعلاج اضطراب ADHD في استخدام جرعات كبيرة من الفيتامينات. ويفترض هذا النمط من العلاج المسمى orthomolecular psychiatry أن مشكلات فرط النشاط ونقص الانتباه يسببها نقص بعض المواد الكيميائية في الدماغ، وأن هذه النواقص يمكن علاجها من خلال الأخذ بالفم لكميات كبيرة من الفيتامينات التي تكون عادة فيتامينات C, B3, B6. لكننا نقول مرة أخرى أنه لا يوجد دليل قوي يؤيد هذه المزاعم. وقد افترضت بعض الدراسات أن الإضافات الغذائية مثل الألوان الاصطناعية والمواد الحافظة يمكن أن تسبب فرط النشاط من خلال تثبيط فعل البيروكسين (فيتامين B6) وأن التكميل بفيتامين B6 يمكن أن يقاوم الآثار السلبية لهذه الإضافات. لكن هذه النظرية بحاجة إلى اختبار واسع لإثبات فعالية وأمان العلاج القائم عليها.

جدير بالذكر أن بعض الفيتامينات وخاصة فيتامينات A, B6, D يمكن أن تكون سامة حينما تؤخذ بجرعات كبيرة، كما أن أمان الجرعات الكبيرة للفيتامينات الأخرى يظل

أيضاً محل شك. لذا فإن معظم المختصين الطبيين يقاومون استخدام هذا العلاج بجرعات الفيتامينات الكبيرة حتى يتم إثبات الفعالية والأمان بصورة قوية.

العلاج بالتكامل الحسي

يوجد مدخل غير تقليدي آخر شائع بين الأخصائيين الصحيين وخاصة المعالجين المهنيين وهو التكامل الحسي SI. وتتلخص فكرة هذا العلاج في أن بعض الأطفال لديهم اضطرابات عصبية تؤثر في قدرتهم على تنظيم وتأويل المدخلات الحسية الواردة. وقد يبدي هؤلاء الأطفال الكثير من مختلف المشكلات السلوكية ومشكلات التعلم بما في ذلك فرط النشاط ونقص النظام وصعوبات التعلم وفرط الحساسية للمس. ورغم نجاح هذا العلاج في تعديل السلوك والقدرة على التعلم لدى بعض الأطفال ذوي الأنماط المعينة من صعوبات التعلم النمائية مثل التوحد والتخلف العقلي، إلا أن استخدامه لدى الأطفال المصابين باضطراب ADHD لا يزال موضع جدل.

ويبدأ العلاج بالتكامل الحسي بأن يجري أولاً تحديد طبيعة اضطراب وظائف التكامل الحسي للطفل، ثم يتم تصميم سلسلة من الأنشطة الفردية ذات التوجه الحسي التي تستهدف تصحيح المشكلة. فنجد على سبيل المثال أن بعض الأطفال الذين يبدون نشاطاً حركياً زائداً يواجهون صعوبة في تجهيز المعلومات اللمسية لأنهم مفرطو الحساسية للمس الخفيف، ومن ثم فإنهم يشعرون بعدم الارتياح البدني كثيراً فيبدون متضجرين غير مرتاحين. ويحدد العلاج بالتكامل الحسي هذه المشكلة، ثم يجري تصميم أنشطة تكون فيها الاستثارة اللمسية المختارة والمضبوطة بدقة ضرورية من أجل إتمام مهمة ما بنجاح. ويقوم أخصائي العلاج بالتكامل الحسي بضبط وتعديل مقدار الاستثارة اللمسية عبر الوقت كطريقة لتكيف الفرد للتعاطي مع ثمة استثارة بشكل أسهل. ويشمل العلاج بالتكامل الحسي عادة جلسات مدة كل منها ساعة لمدة عدة أسابيع أو شهور.

جدير بالذكر أن تجارب العلاج القليلة التي تم فيها استخدام العلاج بالتكامل الحسي لعلاج صعوبات التعلم النوعية لم تتمخض عن نتائج مبشرة. ورغم افتراض بعض النتائج أن العلاج بالتكامل الحسي أفرز فائدة لكنها انتقدت لأسباب منهجية. وكما يمكنك

أن تتوقع فإن من الصعب عمل خط ضابط فعال بالعلاج الإيهامي لهذا النوع من العلاج. ونجد في التجربة غير المضبوطة التي قارنت آثار العلاج بالتكامل الحسي بآثار اللاعلاج على الإطلاق أن الطفل كان يمكنه الاستفادة من جلسة العلاج الفردية أكثر من تدريبات العلاج بالتكامل الحسي ذاتها. وفي بعض الدراسات التي حاولت استخدام خط ضابط مثل الجلسات الفردية بدون تدريبات التكامل الحسي، فإنه لم يبد أن العلاج بالتكامل الحسي كان مفيداً. لذا فإنه لا يعتقد في هذا الإطار أن العلاج بالتكامل الحسي فعال بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب ADHD. وتظل هنالك حاجة إلى القيام بالمزيد من تقييم العلاج باستخدام التكامل الحسي لتحديد ما إذا كانت فئة معينة من الأطفال الذين يعانون من كل من اضطراب ADHD والاضطراب التكامل الحسي الوظيفي يمكن أن تستفيد منه.

الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية

تعمل التغذية الراجعة الحيوية على تدريب الأشخاص على التحكم في عملياتهم الجسمية التي لا تقع بشكل طبيعي تحت التحكم الإرادي. ويتم توصيل الفرد بجهاز كهربي يقيس الوظيفة الفسيولوجية مثل الشد العضلي أو ضغط الدم. وحينما يكون الفرد قادراً على خفض ضغط دمه أو اختزال شده العضلي بنجاح فإن الجهاز يصدر نغمة تخبره بنجاحه. وقد افترض أن هذه التغذية الراجعة تعمل كمعزز إيجابي يساعد الفرد في تعلم التحكم الشعوري في تلك الوظيفة البدنية.

ولقد تبنى بعض المعالجين تدريب التغذية الراجعة الحيوية كطريقة لتعليم الاسترخاء للأطفال المصابين باضطراب ADHD. وافترض أن الاسترخاء سوف يتيح للأطفال الأداء الأفضل في الفصل الدراسي سلوكياً ودراسياً. وذهبت الدراسات حول آثار تدريب التغذية الراجعة الحيوية على الأطفال المصابين باضطراب ADHD إلى أن كثيراً من هؤلاء الأطفال يمكنهم تعلم الاسترخاء بشكل أفضل. لكنه سواء أكان يمكنهم تطبيق تلك المهارة خارج البيئة المعملية أم لا فإن ذلك يظل موضع شك. وقد بينت بعض الدراسات أن الأداء الدراسي للأطفال وسلوكهم في الفصل يمكن أن يتحسنا بشكل جوهري وأنهم يمكنهم

حتى عدم مواصلة العلاج الطبي بعد فترة من تدريب التغذية الراجعة الحيوية. لكن دراسات أخرى عجزت عن إثبات أن الآثار الفعالة للتغذية الراجعة الحيوية تستمر خارج المعمل. وهكذا فإنه لا يكون هنالك عندئذٍ سوى دليل ضعيف لدعم الزعم بأن تدريب التغذية الراجعة الحيوية يمثل بديلاً واقعياً حقيقياً لعلاج اضطراب ADHD. وهو يفرض في نفس الوقت مخاطرة ضعيفة، وقد يعطي بعض الفوائد في إطار اختزال الضغوط والقلق حتى لو كان تأثيره على اضطراب ADHD غير واضح أو غير ذي بال.

العلاج اليدوي للفقرات والجمجمة

يعتقد مؤيدو هذا العلاج أن أمراضاً كثيرة تشمل المرض النفسي وبعض الاضطرابات السلوكية ومشكلات التعلم تنشأ من الفقرات غير المستقرة التي تعيق وظائف الأعصاب السليمة. لذا فإنهم يحاولون علاج المرض من خلال التعامل مع العمود الفقري. ويلقى هذا العلاج قبولاً واسعاً كعلاج مفيد لعلاج الألم واضطرابات المفاصل والعضلات. لكن فائدته في علاج الاضطرابات النفسية والسلوكية لا تزال موضع خلاف. وكما في حالة طرق العلاج التي نوقشت لتوها فإنه يصعب القيام بتجارب مضبوطة بشأن هذا العلاج. ولقد تم اعتياد هذا النمط من العلاج كتدخل ممكن لا يعتمد على استخدام العقاقير لعلاج اضطراب ADHD، لكن فعاليته لم تثبت بوضوح. ومن أهم ما يعتمد عليه هذا العلاج فنية تسمى فنية التنظيم العصبي NOT كعلاج للعسر القرائي وصعوبات التعلم. ويقوم المعالجون الذين يستخدمون هذه الفنية بالتعامل مع الجمجمة والعمود الفقري زاعمين أن عظام الجمجمة غير المستقرة أو غير المصطفة بانتظام تؤثر في وظيفة الدماغ. كما يذهبون إلى أن بإمكانهم تشخيص مشكلات الطفل في دقائق قليلة من خلال تقييم قوة عضلات متعددة. وقد تم استخدام فنية NOT وكانت موضع جدل في بعض المجالات. ورغم أن بعض أولياء الأمور يزعمون أنها أحدثت أموراً مدهشة لأطفالهم، إلا أن الكثير من الأطفال وأولياء الأمور يؤكدون أنها تنطوي على مستويات متطرفة من الألم. ويشعر بعض أولياء الأمور أن فنية NOT أحدثت آثاراً جانبية سلبية أيضاً جاعلة أطفالهم متقلبي المزاج وعدوانيين قلقين. ولم تؤيد أية دراسة علمية جيدة فعالية فنية NOT. ولقد أفضى هذا

النقص في الدلائل بجانب قدرة فنية NOT على إحداث الألم وربما الإصابة إلى ضرورة تجنب هذا العـلاج تـماماً.

علاجات أخرى غير تقليدية

لم يقدم هذا الفصل كل الأنماط العلاجية غير التقليدية التي ظهرت بوصفها مفيدة لطفلك. ويتواصل ظهور أفكار جديدة وعلاجات جديدة في طريق البحث عن بدائل أخرى. وحينما تكون العلاجات جديدة فإنه يجري النظر إلى معظمها بوصفه خلافياً. ويظل البعض خلافياً حتى بعد سنوات كثيرة من الدراسة. وبوجه عام فإننا نشعر أن طفلك يكون لديه أفضل فرصة للنجاح إذا قمت بالتماس الطرق التقليدية تحت إشراف مختص ذي علم ودراية. لكنك إذا قمت بتجريب الطرق التقليدية ولم يحرز طفلك تقدماً ملموساً فقد تنزع إلى محاولة تجريب إحدى الطرق الأخرى، ويفضل أن يتم هذا في ظل تشاور مع مختص خبير. وإذا كان المدخل غير التقليدي يفلح مع طفلك ولا يمكن أن يوقع الضرر به فسوف يكون من المفيد الاستمرار فيه. وإذا كنت تتبع مدخلاً غير تقليدي فلتقم بجمع أكبر قدر من المعلومات عنه قبل البدء فيه. وقم بالتحدث إلى الآخرين الذين جربوه، وادرس المزايا والعيوب، وحاول وضع توقعات واقعية.

الباب الثالث

التعايش مع الطفل المصاب بالاضطراب

الفصل الحادي عشر

الوفاء بحاجات الطفل

رغم أن إدارة اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط ADHD تركز أساساً على تخفيف حدة مشكلات الأطفال في الفصل والبيت، إلا أن صعوباتهم قد تتجاوز ذلك الإطارين. وفي حقيقة الأمر فإنه قد تكون أكبر المشكلات التي تواجه الأطفال المصابين باضطراب ADHD ماثلة في جانبي تقدير الذات وعلاقاتهم بزملائهم. وتضع الأعراض الرئيسة لاضطراب ADHD الأطفال أمام مواجهة خبرة الفشل والتجريح والنبذ. وبينما يجري استخدام العلاج الطبي والعلاج السلوكي والتدخل التربوي من أجل التعامل مع الأعراض الرئيسة، إلا أنها قد لا تكون سبلاً كافية لإصلاح الشرخ في الإحساس الداخلي لدى الطفل بالتمكن والجدارة. ونجد مع نمو أطفال ADHD ومواجهتهم تحديات جديدة أن مشكلاتهم الاجتماعية والانفعالية تتراكم غالباً. وسوف نقوم في هذا الفصل بمناقشة بعض المسائل الاجتماعية والانفعالية التي تواجه الأطفال المصابين باضطراب ADHD.

جدير بالذكر أنه لا توجد وصفات متاحة للتحصن من هذه المشكلات، تماماً مثلما لا توجد تفسيرات ممكنة حول لماذا يضطرب طفل بدرجة أكبر من طفل آخر. وسوف يكون لجميع الجهود التي تبذلها لإعطاء صغيرك وسائل النجاح في المدرسة وتحسين قدرته على التواصل بشكل أفضل مع أفراد الأسرة والمعلمين والأصدقاء فوائد متعددة مع بداية تشربه الإحساس بالثقة بالنفس والشعور بالنجاح. وسيكون بعض الخطوات التي تأخذها صغيراً، بينما ستتطلب أخرى منك القيام بعمل تغييرات كبيرة في النهج الذي تسلكه أسرتك.

تقدير الذات

يبدو أن كل شخص يتحدث عن تقدير الذات هذه الأيام: كيف تحصل عليه؟.. وكيف تحافظ عليه؟.. وما الذي يضعفه؟ وإنه لمن السهل أن نقوم بتناول كيف يتضرر

تقدير الذات عند الأطفال المصابين باضطراب ADHD، إذ إنهم هم الأطفال الذين يمرون بخبرة الفشل في سن مبكر ونادراً ما يشعرون أنهم مقبولون من قبل من حولهم. كما يجدون أنفسهم متورطين في كثير جداً من نوبات العداء مع والديهم بحيث يهملون الأحضان والعلامات الأخرى للعاطفة التي يمكن أن تعيد طمأنتهم بشأن حب والديهم. لكن هذه ليست فقط مصادر الضرر لتقدير الذات التي يواجهها الأطفال المصابون باضطراب ADHD. ونجد أنهم حتى حينما يكونون صغاراً جداً فإن الكثير منهم يعون قبل أن يكسرهم الشعور بالفشل أنهم "مختلفون". وتسمعهم كثيراً يقولون "لا أحد يحبني". وحينما يبلغون السن الكافي للتأمل في طفولتهم فإن الكثير من المصابين باضطراب ADHD يقررون أنهم يشعرون دوماً بفقدان الاتصال كما يتغاضون عن الكثير مما يدور حولهم. وتجدهم دائماً يعبرون عن مشاعر الاستثارة وعدم الأمان وعدم الاستقرار وشعورهم بالخجل من فرط الاندفاع وسرعة الاستشاطة غضباً.

ويقصد بمصطلح تقدير الذات عدد من الخصائص صعبة التحديد مثل شعور الفرد بالتمكن والكفاءة والثقة بالنفس وتقدير ذاته وتقبلها. بعبارة أخرى فإنه يشير إلى مدى حب المرء لنفسه. ويحب معظم الناس بعض الأشياء عن أنفسهم ويكرهون أخرى، ويمكن أن تتغير هذه المشاعر عبر الوقت.

وينشأ تقدير الذات من عدد من المصادر المختلفة. فنجد في السنوات الأولى أن حب الأسرة والقبول والنجاح في إتقان المهارات أهم مصادر تقدير الذات عند الأطفال. ومع زيادة عمرهم فإن تقبل الزملاء والأداء الدراسي يلعبان أدواراً مهمة أيضاً. وحينما يكون أداء الأطفال ضعيفاً في المدرسة فإنهم يمكنهم أحياناً التعويض والاحتفاظ بشعور جيد من تقدير الذات إذا كانوا ذوي أداء جيد في الجانب الرياضي ويتمتعون بالمظهر الحسن والمهارات الاجتماعية.

إدي

أخبر إدي ذو الثماني سنوات والديه بأن لا أحد يحبه بالمدرسة. وقبل أن يبدأ في أخذ الريتالين فإنه كان يعاني من كثير من المشكلات السلوكية في كل من البيت والمدرسة، وكان أسيراً لبعض العدوانية والاندفاعية. وقد بدا أن العقار يساعد بقدر كبير، لكن كل سلوكياته المشكلة عاودت الظهور حينما بدأ تقليل الريتالين. وقد أخبر معلمه والديه أن إدي كان يتفاعل بشكل جيد مع الأطفال الآخرين بشكل فردي، لكنه أحب التهريج في مجموعة ولم يعرف متى يتوقف. ووجد الأطفال الآخرون أن سلوكه مزعج، ما أفضى إلى إبعاده عن ألعابهم وازدرائه. أيضاً فقد كان لإدي بعض المشكلات الحركية كما افتقر إلى الثقة في الفناء. وقال أنه كان دوماً الشخص الأخير الذي يتم اختياره حينما يقوم طلاب الفصل بتشكيل الفرق. وقد أثرت أعراض اضطراب ADHD لدى إدي في تقديره لذاته بوضوح.

إن الكثير من استراتيجيات الإدارة التي قد تكون استخدمتها لتوك معدة لتحسين نجاح طفلك في المدرسة وقدرته على التواصل جيداً مع زملائه. وسوف تساعد هذه الإجراءات أيضاً في دعم تقدير الذات. كما أنك من خلال العلاج الأسري ربما تعمل في حل الصراعات المهمة في دائرة تقدير الذات الضعيف لدى طفلك. وحتى إن لم تكن ضالعاً في العلاج فإن هنالك عدداً من الخطوات التي يمكنك اتخاذها لتقوية أداء أسرتك وكذلك قوة طفلك الداخلية. فينبغي أولاً أن تتعلم أنت وطفلك وأن تتقبلا أن وجود ADHD لا يعني أنه "خطاء". ويتعين أن يجري التعامل مع صعوباته النوعية مباشرة بدون قلق بشأن تبديها الأعمق. وإذا كان صغيرك يمر بحالات هياج أو كان مزعجاً مقاطعاً للآخر، فإن ذلك السلوك يجب التحكم فيه قبل إمكانية اكتشاف تلك الأسباب.

تحسين ثقة طفلك بنفسه وتمكنه

يتعين أيضاً أن تسعى الأسر إلى غرس الإحساس داخل الطفل بأن لديه القدرة على التغلب على مشكلاته. ولعل ذلك يكون مشكلة إذا كان الطفل يأخذ دواءً طبياً. فقد يرجع نجاحه إلى مفعول العقاقير أكثر من إنجازاته هو. ويستوجب ذلك قيام الوالدين بتأكيدهما لصغيرهما أن العقاقير تساعده في التركيز بشكل أفضل والحفاظ على التحكم بحيث يمكنه

استخدام قدراته الطبيعية بشكل أكثر نجاحاً. كما ينبغي أن تكافئ طفلك لقاء مجهوداته وأن تستخدم اللغة التي تبين له أنك تعزو نجاحه إلى جهوده.

من جهة أخرى فإنه ينبغي أن تحرص على أن تربي مواطن القوة في طفلك إذ إن ذلك من شأنه أن يساعد في تقليص أهمية جوانب الضعف لديه. وعليك أن تعمل على تقدير وإثابة نجاحاته ومنجزاته. وحاول عدم تجاوز الحد في التسامح مع إخفاقاته. ولعلك حتى تجد أن مواطن القوة تقع خلف سلوكه المشكل. فعلى سبيل المثال، إذا كان صغيرك يقوم باستمرار باختبار الحدود معك أو مع معلميه فلتثمن حقيقة أن هذه القدرة سوف تساعده في إيجاد مخرج خلال أي نظام من العقبات التي قد يقابلها. ولا يعني هذا أن عليك أن تشجعه على اختبارك أو تحديك، لكن بإمكانك أن تثمن له أن هذه الخاصية التي تولد له صعوبة كبيرة في بعض المواقف يمكن أن تصبح عنصر قوة في مواقف أخرى إذا كان يمكنه تعلم توجيه ودفع توكيديته في الأوقات الصحيحة.

إن جزءاً من تنمية تقدير الذات يتضمن تغيير توقعاتك أنت وطفلك ووضع أهداف واقعية ممكنة. ولا يعني هذا بالضرورة أن تخفض من توقعاتك الكلية. فإذا كان طفلك ذا مستوى مرتفع من الذكاء فإنك لا ينبغي أن تفترض أنه لن يحصل أبداً عند مستواه العقلي، لكنك يمكنك أن تعدل توقعاتك بخصوص جوانب معينة من تحصيله. وربما لا يكون أداؤه جيداً في المواد التي تتطلب انتباهاً كبيراً إلى التفاصيل مثل الرياضيات المتقدمة. بيد أنه قد يتفوق في مجالات تتطلب المزيد من التفكير الإبداعي والمرن. وبالطبع فإنك سوف تكون مهتماً بناء قدراته في جوانبه الأضعف، ولكن افعل ذلك بدون فقدان التبصر بجوانب القوة لديه. وإذا كان يواجه صعوبة في البقاء منظماً والتخطيط الاستراتيجي على سبيل المثال، فلتقم بمساعدته في تعلم المهارات التي سوف تعالج هذا الضعف حتى بمساعدتك له في تأسيس وتأطير البنى التي سوف تجعل افتقاره إلى النظام أقل إشكالاً. فالطفل جو الذي كان يعاني من اضطراب ADHD كان ينسى باستمرار إحضار مهام واجبه المنزلي إلى البيت عقب الدوام المدرسي. وعبثاً حاولت والدته حث يقظته كمدخل لتعديل سلوكه بيد أنه ظل سادراً في غفلته. وحينما أيقنت أنه لم يكن يتناسى بمكر حاولت تجريب استراتيجية

مختلفة. فقد قامت بإعداد قائمة بالأشياء التي كان بحاجة إلى تذكرها كل يوم وطلبت إلى معلمته مساعدته في تذكرها وتدبيرها قبل مغادرة المدرسة.

وقد خفضت من توقعاتها من خلال قيامها بعمل ذلك، حيث لم تعد تتوقع منه القدرة على تذكر عمله المدرسي. لكنها ساعدته كذلك في تعويض ضعفه من خلال تعليمه استراتيجية بديلة. وقد خففت أيضاً من حدة بعض العواقب السلبية التي كانت ستحدث تبعاً لذلك (مثل عدم أداء العمل في اليوم التالي).

إن وضع توقعات واقعية يساعد طفلك في تحقيق مشاعر الكفاءة والتمكن. كما أنها تساعد في تخلصك من بعض القلق والخوف واليأس. وسوف يمكنك الاعتزاز والفخر بإنجازات طفلك الصغيرة أكثر من التركيز على ما لم يفعله. ويعمل ذلك بدوره على تعظيم ثقة صغيرك بنفسه، ما يساعده في الأداء بشكل أكثر فعالية.. وهكذا..

مساعدة طفلك في الإحساس بالحب والقبول

ثمة جانب أساسي آخر من تقدير الذات نجده في إحساس الفرد بالحب والقبول. ولا شك في حبك لطفلك وإلا ما كنت ستقرأ هذا الكتاب. بيد أن الصراعات بينكما قد تجعل تعبيراتك عن ذلك الحب شحيحة بالمقارنة بتعبيراتك عن التضجر والإحباط والاستياء. وإذا كان لديك أطفال آخرون فقد تشعر بالذنب بشأن قدر الانتباه الذي توليه لطفلك المصاب باضطراب ADHD ومن ثم فقد تقضي الكثير من وقت راحتك وطاقة "المتعة" مع أخواته وأخوته. وبالتالي فإن أطفالك قد يتلقون مقادير مكافئة من الانتباه، لكن الطفل المصاب باضطراب ADHD يستحوذ على ذلك الانتباه والاهتمام أساساً من خلال التفاعلات السلبية والغاضبة. ويمكن أن يكرس هذا فيه الاعتقاد بأنه "سيىء" أو غير محبوب. كما يمكن أن يجعله يشعر أنه كبش فداء لكل التفاعلات السالبة في الأسرة. لذا فإنه قد بات يتعين أن تحول دون وقوع ذلك من خلال التركيز على عمل الأشياء الممتعة مع طفلك ذي اضطراب ADHD. وابذل جهداً خاصاً لتحقيق تفاعلات إيجابية معه. وكن متيقظاً للأوقات التي يمكنك فيها إعطاؤه انتباهاً إيجابياً. وحاول أن تنأى به عن دور كبش الفداء.

إن التدخل المبكر يمكن أن يساعد في منع تفاقم انخفاض تقدير الذات عند الأطفال الصغار جداً الذين لم تهزمهم السنوات الكثيرة من الفشل والانتقاد. لكن تقدير الذات المنخفض لدى الأطفال الأكبر سناً ليس من السهل مداواته؛ ذلك أن إحساس الأطفال الأكبر سناً بالفشل واليأس يصبح غالباً متجذراً جداً في صورتهم الذاتية التي يتسم تغيرها بالبطء. ويمكن أن يساعد قبول ذلك في تجنبك التنازل بسرعة كبيرة تجاه طفلك الأكبر سناً ومعلمه ونفسك.

العلاقات مع الزملاء

يواجه الكثير من الأطفال المصابين باضطراب ADHD صعوبة في التواصل مع الأطفال الآخرين بالمدرسة والفناء والأماكن الأخرى. وتأخذ بعض مشكلات الزمالة شكل التنمر: فقد يكون الطفل نفسه عدوانياً متربصاً، أو لعله يكون هدف انتباه متنمر آخر "طفل ضريب". وهنالك أطفال آخرون مصابون باضطراب ADHD يواجهون صعوبة في تكوين صداقات والمحافظة عليها. وفي أي من الفريقين فإن مشكلات أطفال ADHD في علاقات الزمالة قد تكون من بين أبرز جوانب اضطرابهم.

وقد بينت دراسات كثيرة أن الأطفال ذوي المهارات الاجتماعية الضعيفة يحتمل أكثر أن يمروا بمشكلات متواصلة مع انتقالهم نحو المراهقة والبلوغ. ونجد أن الكثير من الأطفال العدوانيين المتنمرين لا يبرحون سلوكياتهم غير الاجتماعية، إذ إنهم يكونون عرضة كثيراً لجنوح الأحداث وارتكاب الجرائم وإدمان المخدرات. وبالمثل فإن الأطفال المنبوذين أو المكروهين يكونون عرضة للانخراط في السلوك غير الاجتماعي بدرجة كبيرة، ويواجهون مشكلات اجتماعية ونفسية تنجم عن تقدير الذات المنخفض لديهم.

وتوجد الأعراض الرئيسة لاضطراب ADHD وهي الاندفاعية ونقص الانتباه وفرط النشاط الكثير من مشكلات الزمالة التي تحدق بأطفال ADHD. وقد تؤدي بهم اندفاعيتهم إلى التصرف بطريقة عدوانية حينما يجري تحديهم أو حينما يغضبون. وقد يضعهم نشاطهم المفرط في خلافات مع الأطفال الذين يفضلون السرعة الأقل. وقد يوجد نقص انتباههم صعوبات حينما يلعبون الألعاب التي تتضمن اتباع قواعد أو تتبع مسار ما يجري.

وبالإضافة إلى المشكلات الناجمة عن الأعراض الرئيسة فإن الأطفال المصابين باضطراب ADHD يبدون كثيراً سلوكيات أخرى توجد عقبات حينما يحاولون تكوين صداقات. وقد يتطلب البعض انتباهاً بشكل صريح. ونتيجة لذلك فإنهم يتصرفون بفجاجة وبطرق منفرة. ولا يكون لدى البعض الآخر سوى القدر الضعيف من تحمل الإحباط، وهم يجدون مشكلة في الانتقال من نشاط إلى آخر. ويمكن أن تجعل كلتا هاتان الخاصيتان الأطفال الآخرين ممانعين في تكوين صداقات معهم. ويكون البعض لديه صعوبات تعلم أو مشكلات في التآزر الحركي، ما يجعلهم مادة للإغاظة أو المزاح الثقيل أو ما قد يتداخل مع قدرتهم على التفاعل بشكل طبيعي مع الأطفال الآخرين. ويمكن أن يكون لدى الكثيرين مهارات إدراك اجتماعي ضعيفة، ما يعني أنهم يخطئون قراءة الإلماعات الاجتماعية الذكية. ويكون لديهم مستوى ضعيف من الذكاء الاجتماعي، ما قد يؤدي بهم إلى التصرف بشكل غير مناسب.

إن علاج الأعراض الرئيسة يمكن أن يقضي على الصعوبات التي يواجهها بعض الأطفال في علاقاتهم مع الزملاء. لكن أطفال ADHD الآخرين يكونون بحاجة إلى توجيه اجتماعي سواء أكان مساعدة خاصة بالمهارات الاجتماعية أو مساعدة في إيجاد مواقف اجتماعية سوف تشجع أكثر منها تثبط التفاعلات المناسبة مع الزملاء. وإذا كان طفلك لديه صعوبة في تكوين صداقات أو التواصل مع أطفال آخرين بالمدرسة، فلا تتجاهل المشكلات لأنها لن تختفي من تلقاء نفسها. وليس واضحاً كيف يتعين أن تتدخل. فلم يحدد الباحثون بوضوح مساراً يؤدي إلى مهارات اجتماعية أفضل. لكن الخبرة مع مئات الأطفال ذوي اضطراب ADHD تمخضت عن بعض المشروعات التي تبدو مفيدة.

إن تدريب المهارات الاجتماعية يجري أحياناً في جماعات أو فصول منظمة كما ناقشناه في الفصل السابع. غير أن ما يؤسف له أن ثمة فصولاً لم تثبت فعاليتها لدى العديد من أطفال ADHD. وحتى حينما يتعلمون التصرف بشكل سليم في البيئة الاصطناعية للفصل فإنهم لا يمكنهم غالباً تطبيق تلك المهارات في أطر طبيعية مثل الفناء.

إن الكثير مما يتعلمه الأطفال حول التفاعلات الاجتماعية المناسبة يأتي من والديهم بالبيت ومن المعلمين بالمدرسة ومن الكبار في بيئات متعددة ومن الأطفال الآخرين في الفناء. ولعلك تقدر كولي أمر على بناء بيئة طفلك لتعظيم قابليته لتنمية مهارات اجتماعية جيدة.

وبالنسبة إلى الطفل الصغير على سبيل المثال، فإنه يمكنك تنظيم مجموعة لعب صغيرة بالبيت. وبالنسبة إلى الطفل الأكبر فإنه يمكنك أن تسمح لطفلك بدعوة صديق إلى البيت. وعليك أن تفكر ملياً وبحذر فيمن تسمح له بالمجيء إذ إن الأطفال ذوي المهارات الاجتماعية الجيدة يمكنهم النمذجة للطفل من حيث السلوك المناسب. وقم بالتخطيط لأنشطة اللعب لتعطي نظاماً لتفاعلات الطلاب. إذ يجد أطفال ADHD صعوبة بالغة في التحكم في اندفاعيتهم وفرط نشاطهم حينما لا يكون هنالك نظام يتبعونه. وحبذا لو حافظت على التواجد خلال وقت اللعب المخطط للإشراف على الأنشطة. واحرص على أن تتحدث إلى طفلك مباشرة حول ما تتوقعه منه.

وإذا كان طفلك مستبداً فاشرح له أنك تبغي قيامه بتقديم صديقه في اللعب قبله. واجعل وقت اللعب قصيراً في البداية، وقم بمراقبة الأطفال في لعبهم. وكافئ طفلك لقاء سلوكه الملائم إما بشكل خفي أثناء اللعب أو أحياناً بعده بمدة قصيرة. وإذا راحت العداوات تنمو فلتتدخل مبكراً: فقم بتقويض الخلاف والصراع قبل أن يجدا الفرصة للتفاقم. ويمكنك تقييد الوقت حينما يكون طفلك بمفرده في الجوار بدون توجيه أو إشراف.

وبالنسبة إلى الأطفال الذين لديهم قليل من الأصدقاء أو من ليس لديهم أصدقاء البتة فإنه يمكن للوالدين تحديد طفل أو طفلين ليكون الأطفال صداقات معهم. ولقد بينت الدراسات أن قدرات الأطفال على التفاعل الاجتماعي تتدعم كثيراً إذا كان لديهم فقط صديق واحد متبادل مقارنة بالأطفال الذين ليس لديهم أصدقاء متبادلون. والأصدقاء المتبادلون هم الذين يحبون بعضهم البعض. حتى أن صديقاً واحداً يمكن أن يساعد الطفل في بناء مهارات اجتماعية أفضل، ما قد يؤثر بدوره في تقديره لذاته وتوافقه.

إنك يمكنك أن تساعد طفلك في تكوين صداقات واكتساب أصدقاء بطرق شتى. فعلى سبيل المثال، يمكنك أن تعمل كنموذج يمكن لطفلك التعلم منه كيفية تكوين الصداقة. وكن لطيفاً مع أصدقاء طفلك واهتم بجعلهم يشعرون بالترحاب في بيتك. وحاول أن تجعل بيتك مكاناً ممتعاً لزيارته بحيث يتوق الأطفال الآخرون إلى المجيء إليه. وتبين هذه الخطوات لطفلك الطرق المناسبة للتفاعل، كما يمكن أن تساعد أيضاً في تعويض مواطن الضعف الاجتماعي لديه. ولا يسعك أن تكسب أصدقاءً جدداً لطفلك، لكنك قد يمكنك تشجيع الأنماط الأخرى من التفاعلات التي سوف تساعد صغيرك في تأسيس صداقات.

وحينما تقع مشكلات الزمالة لدى الأطفال في المدرسة من قبيل الشجار أو النبذ أو تدبير مكائد في الفناء فإنه يمكنك التماس المساعدة من العاملين بالمدرسة. واعمل على تقاسم المسئولية مع معلم الطفل والمرشد الطلابي أو المدير، أو قم باللجوء إلى مختص يمكنه التعاون مع المدرسة لوضع التدخلات المناسبة. فعلى سبيل المثال، يمكن للمرشد الطلابي القيام بتكوين فريق تدريب للمهارات الاجتماعية في المدرسة أو إعداد بعض جلسات حل المشكلات الاجتماعية. وتشمل هذه الفرق كلاً من الأطفال المصابين باضطراب ADHD والأطفال الذين يثيرون بقصد أو بغير قصد عداء أو كراهية الطفل المندفع. وعليك أيضاً أن تخطط للتعميم. واجعل المرشد يقوم بالتشاور مع معلمي طفلك حول كيفية حث ودعم المهارات الاجتماعية المناسبة.

وقد تكون الأنشطة خارج الفصل مثل الغداء واللقاءات والفسحة مشكلة بشكل خاص لدى الأطفال المصابين باضطراب ADHD، لكن علاج الصعوبات هناك لا يلقى سوى القليل من الاهتمام. ورغم ذلك فإن هذه المجالات تلقى اهتماماً متزايداً من قبل العلماء السلوكيين. وقد بينوا أن السلوك العدواني في الفناء يمكن أن يختزل كثيراً بمجرد تنظيم أنشطة الفناء أو الملعب وليس بترك الأطفال للعبهم غير المنظم وغير المخطط.

ويمكن لدراسة ومعالجة النتائج الواضحة والمتسقة للسلوك الخطأ في الحافلة أو الكافيتريا أن يختزل الفوضى هناك. ويفترض هذا الخط البحثي أن التدخل إزاء اضطراب

ADHD قد يتضمن معلمي التدريب والمساعدين في الفناء والكافيتريا وسائقي الحافلات في مجرى استراتيجيات مناسبة لإدارة السلوك. بيد أن ما يدعو للأسف أن مدارس قليلة فقط تتبنى هذا المدخل في الوقت الراهن.

الأنشطة خارج المناهج

يزداد اتساع الحياة الاجتماعية لدى الأطفال بتقدم سنهم لتتجاوز البيت والفصل. ويحصد الأطفال المصابون باضطراب ADHD مثل الأطفال الآخرين فوائد كثيرة من هذه المواقف والأنشطة المتجاوزة للمنهج والتي تعطيهم الفرصة لتنمية مهاراتهم الاجتماعية والبدنية والعقلية وتكوين صداقات. ويمكن أن تدعم هذه الفوائد تقدير الذات لدى الأطفال والحس العام بالسعادة بشكل كبير.

بيد أنه كما في الجوانب الأخرى في حياة أطفال ADHD فإنه لا بد من اتخاذ الحيطة لضمان أن التحديات ليست عسيرة جداً وأنهم لن يقعوا تحت ربقة الشعور بالهزيمة. ويأمل كل أولياء الأمور في نجاح أطفالهم في أية أنشطة يسعون نحوها، كما يخشى جميع أولياء الأمور من تدمير الفشل لتقدير الأطفال لذواتهم. ويقع أولياء أمور الطلاب المصابين باضطراب ADHD تحت وطأة زمرة من سياط القلق لما كان أطفالهم يأتون الأنشطة المتجاوزة للمناهج شاهرين اعتراضات كثيرة في وجهها. وبينما يستطيع معظم الأطفال المصابين باضطراب ADHD المشاركة في معظم الأنشطة التي يختارونها، إلا أنه يمكن في بعض الحالات لخطوات خاصة أن تعظم فرصهم في النجاح.

ويتمثل العامل المهم الذي يتعين مراعاته لدى مساعدة الأطفال في اختيار الأنشطة المتجاوزة للمنهج في مواءمة الأنشطة مع اهتماماتهم ومواهبهم. وبوجه عام فإن الأنشطة الجماعية المنظمة التي يشرف عليها شخص مسئول هي الأفضل بالنسبة إلى الأطفال المصابين باضطراب ADHD مقارنة بالأنشطة التي يتوسطها الزملاء. ويجد هؤلاء الأطفال غالباً مشكلة في أخذ الدور واتباع القواعد. وهم ينزعون إلى الاستجابة بشكل أفضل لتوجيه الكبار أكثر من انتقاد زملائهم. وحينما تقع المسئولية على عاتق الأطفال فإن بعض الأطفال المصابين باضطراب ADHD يصبحون عدائيين ومستبدين بينما ينسحب

آخرون بالكامل. ويمكن أن يتدخل الكبار قبل أن يصبح الموقف مشكلاً. وتتضمن أمثلة الأنشطة التي يديرها الكبار الكشافة وجماعات الشباب التي تمولها دور العبادة أو المراكز المجتمعية أو الرياضات.

وحينما يتم الوصول إلى الرياضة، فلا بد من مراعاة عوامل كثيرة. ويأتي على رأس هذه العوامل أن بعض الأطفال ذوي اضطراب ADHD يكونون فوضويين وغير متآزرين أو منظمين. لكنه ينبغي مواصلة تشجيعهم للمشاركة في النشاط البدني، إذ إن اللياقة البدنية يمكن أن يكون لها أثر كبير على تقدير الذات لديهم. كما تعطي الرياضة أيضاً فرصاً رائعة لممارسة المهارات الاجتماعية وتعلم أخذ الدور والاستمتاع. وعامة فإن الرياضات الأقل تنافسية مثل T–ball والسباحة هي الأفضل ما لم يكن الطفل رياضياً جداً. ويمكن أن يلعب اختيار المدرب دوراً مهمًّا في نجاح طفلك. وإذا أمكنك إيجاد المدرب المستعد للعمل مع طفل ضعيف الانتباه ويتصف بالصبر والسرعة في إثابة الجهد ويكون أكثر اهتماماً بتعليم الأطفال اللعب والتمتع أكثر من الفوز فإن احتمالية نجاح طفلك تزداد كثيراً.

ويمثل الأطفال الرياضيون والمتمتعون بالتآزر لكنهم يعانون من اضطراب ADHD قصة أخرى. فيمكن أن تكون الرياضة لهؤلاء الأطفال النعمة المدخرة وذلك الجانب المضيء من حياتهم الذي يدعم تقدير الذات لديهم حتى حينما يكونون غير موفقين في مجالات أخرى كالمدرسة. وقد كان ذلك هو الحال مع الطفل سكوت ذي العشرة سنوات الذي كان سباحاً ماهراً.

وبوجه عام فإن الأطفال المصابين باضطراب ADHD يؤدون بشكل أفضل في الرياضات الفردية مثل التنس والسباحة والمضمار مقارنة بأدائهم في الرياضات الجماعية؛ إذ إن كرة القدم والهوكي وكرة السلة تكون صعبة لعدة أسباب أولها أنها تتطلب درجة عالية من التركيز على اللعبة حتى حينما لا يشترك الفرد مباشرة. ويجد الأطفال المصابون بـ ADHD عادة مشكلة في مواصلة التركيز.

ثانيًا.. يجد العديد من أطفال ADHD مشكلة في اتباع القواعد وأخذ الدور وهما جانبان هامان في الرياضات الجماعية.

ثالثاً.. تتطلب هذه الرياضات من أعضاء الفريق العمل معاً، لذا فإن تراجع الانتباه من جانب الطفل قد يجعل فريقه بالكامل يعاني وينتقده تبعاً لذلك.

رابعاً.. تنزع هذه الرياضات إلى التنافسية العالية، ما قد يكون مشكلة لدى بعض أطفال ADHD وخاصة الأطفال الصغار. ولا يعني ذلك أن الأطفال يجب منعهم من ممارسة الألعاب الجماعية إذا اختاروها، إذ إن نجاح الطفل يعتمد بدرجة كبيرة على مدى دافعيته. لكنه قد يحتاج مساعدة زائدة في مواصلة التركيز والانتباه أثناء الألعاب.

وتعد لعبة البيسبول متوسطة الصعوبة لدى هذه الفئة من الأطفال. ورغم أنها لعبة جماعية فنياً، إلا أن الجانب الأكبر من اللعبة يركز بالفعل على المعركة الفردية بين الضارب والقاذف. وهكذا فإنه حينما يكون الطفل ذو اضطراب ADHD بصدد الضرب فقد يجد صعوبة قليلة في مواصلة التركيز والانتباه. لكنه حينما يكون في الخارج في الميدان الأيسر وبعيداً عن مركز الانتباه فإن الطفل نفسه قد يجد صعوبة بالغة في التركيز على اللعبة.

وبالنسبة إلى الأطفال ذوي اضطراب ADHD الرياضيين ومرتفعي الدافعية للعب الرياضات التنافسية لكنهم لديهم صعوبة في مواصلة التركيز فإن الحل قد يكون في استخدام العلاج الطبي أثناء النشاط الرياضي. وقد تم في دراسة حديثة القيام بتقييم آثار الريتالين على الأطفال من الثامنة حتى العاشرة الذين يلعبون البيسبول. ولم يؤثر العقار في مهارات الأطفال حيث أمكنهم الضرب والقذف كما كانوا يفعلون بدون العقار الطبي. لكنه من جهة أخرى دعم قدرتهم على الانتباه إلى اللعبة.

وقد اعتقد الباحثون أن الانتباه الزائد يمكن أن يؤثر بالإيجاب على الأطفال المصابين باضطراب ADHD من حيث علاقاتهم بالزملاء لأن أعضاء الفريق الآخرين يتقبلون أخطاءهم بشكل أكبر إذا كانوا يبدون في صورة المحاولة أكثر من الحملقة في الفضاء. وبذا فإنه إذا اختار طفلك المشاركة في رياضات تنافسية، فلتهتم بإعطائه جرعة ما بعد الظهيرة أو نهاية الأسبوع من العقار الطبي في تلك الأيام.

ويمكننا أن نخلص إلى أن وجود اضطراب ADHD لا ينبغي أن يحد من الأنشطة التي يمكن لطفلك المشاركة فيها، إذ يكون طفلك مؤهلاً للنجاح في بعض أنماط الأنشطة

دون أخرى. وإذا كانت صعوباته المرتبطة باضطراب ADHD تسبب مشكلات في أنشطته الاجتماعية فإن هنالك خطوات يمكنك اتخاذها للقضاء على تلك الصعوبات. وهي تشمل استخدام علاج طبي تنبيهي حينما يكون طفلك متحرراً من العقار بصورة طبيعية. ويمكن مع زيادة عمر طفلك أن يجري الحكم بها إذا كان أداؤه أفضل أم لا وذلك باستخدام العقار الطبي أو بدونه.

الفصل الثاني عشر

النمو مع وجود اضطراب ADHD

رغم تواصل اعتبار اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط للنشاط ADHD اضطراباً خاصاً بالأطفال في الأساس، إلا أنه يبدو بالنسبة لنحو نصف عدد الأطفال المصابين به أن الأعراض يستمر وجودها خلال فترة المراهقة والبلوغ أو الرشد. وقد تتغير المشكلات بمرور الوقت، فقد يقل فرط النشاط بينما تأخذ الاندفاعية ونقص الانتباه مظهراً جديداً. ومع ظهور ضغوط جديدة فإن بؤرة الانتباه قد تنتقل من الإطار الدراسي إلى المواقف الاجتماعية. وقد تتغير التوقعات مع تحول أولياء الأمور والمعلمين وفيما بعد الأخصائيين الاجتماعيين وشركاء الحياة إلى نمط أقل تسامحاً مع السلوكيات الاندفاعية وغير الانتباهية. ويمكن أن تكون الاستراتيجيات التعويضية التي تساعد الأطفال في السن الأساسي بشكل جيد غير ملائمة حينما يصل هؤلاء الأطفال إلى المرحلة الثانوية. وقد تكون غير ذات جدوى بالمرة في سنوات البلوغ.

وسوف نقوم في هذا الفصل بمناقشة المشكلات المتغيرة للبالغين والمراهقين ذوي اضطراب ADHD. ويتذكر أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب ADHD غالباً الحكمة القائلة "الأطفال الصغار مشكلاتهم صغيرة، والكبار مشكلاتهم كبيرة". وهم يصلون سنوات بلوغ الأطفال بتوجس وقلق. وبينما لا يرمي هذا الفصل إلى التخفيف من كل تلك المخاوف، فإن رسالته تكمن في أنه يمكنك مساعدة طفلك في التعامل الجيد مع المراهقة وإعداده لمستقبل باهر.

التطور المرتقب

لا أحد يستطيع أن يتنبأ بدقة بما يمكن أن يصير إليه في المستقبل طفل يعاني من اضطراب ADHD. لكن الباحثين قد قاموا بدراسة مستقبل الحالة بالنسبة إلى أعداد كبيرة من الأطفال المصابين باضطراب ADHD. وفي عام ١٩٨٦ أعلن جابرييل ويس وليلي تروكنبرج هشتمان عن دراساتهما طويلة المدى لهذه الفئة من الأطفال وبحوث آخرين درسوا

ما يمكن أن يؤول إليه حالهم في المستقبل البعيد. وتوصلوا إلى أن نحو نصف عدد الذين خضعوا للدراسة قد لازمتهم المشكلات كبالغين. وقد تضمنت هذه المشكلات سمات الشخصية المندفعة وحوادث متكررة، والانتقالات المتكررة من مكان لآخر والتعليم الأقل وانخفاض مفهوم الذات. وحتى أولئك الذين كان لهم مستقبل جيد قد شكوا في الغالب من عدم الاستقرار وضعف التركيز والاندفاعية والهياج. وقد أيدت دراسات أخرى نتائج دراسات ويس وهشتمان وقامت بتوسيع نطاقها. فقد وجد كل من راشيل جيتلمان كلين وزملاؤها Rachel Gittelman Klein et al. أن ما يقرب من ٧٠٪ من الأطفال الذين كانت نتيجة تشخيصهم أن لديهم اضطراب فرط النشاط أو اضطراب نقص الانتباه قد لازمتهم الأعراض حتى أوائل المراهقة، وأن ما يقارب نصف عددهم (٣٥٪) قد لازمهم تشخيص اضطراب ADHD كبالغين صغار. ولعل الأكثر أهمية أنه من بين هؤلاء الذين لازمهم الاضطراب من خلال أعراضهم قد أبدى نحو نصف عددهم اضطراب العداء الاجتماعي مثل التغيب دون إذن والسرقة والكذب الخطير والسلوك العدواني، وأن نحو الثلث منهم كانوا مدمني مخدرات. ومن الأهمية بمكان أن نتذكر أن هؤلاء كانوا قد تم تشخيص حالتهم أساساً منذ سنوات خلت وربما لم يتلقوا الأنماط المتعددة من التدخلات العلاجية التي يتلقاها الأطفال الآن.

ورغم أن هذه النتائج تبدو محبطة، إلا أنه قد سجلت أخبار جيدة أيضاً. فقد درس سالفاتور مانوزا Salvatore Mannuzza الذي كان يعمل مع كلين مستقبل الاضطراب لدى المراهقين وصغار البالغين الذين كانت نتيجة تشخيصهم أن لديهم فرطاً للنشاط خلال الطفولة لكنه لم تلازمهم الصعوبات لاحقاً في الحياة. ورغم أن هذه المجموعة قد سجلت أنها كانت أكثر تشتتاً وفرطاً للنشاط من الآخرين وقد قالوا أنهم كان لديهم مشكلة في التركيز، إلا أنهم بدأوا يؤدون بصورة جيدة. وبالمقارنة مع مجموعة من غير مفرطي النشاط فإنهم لم يكونوا ذوي نسبة أكبر في الفشل الدراسي والفصل والمشكلات السلوكية أو تعاطي الكحوليات أو المخدرات.

وهكذا فإنه يبدو أن أناساً كثيرين سوف يلازمهم التأزم بفضل أعراض ADHD، لكن كثيرين أيضاً يمكنهم تجاوز الاضطراب إما لأن الأعراض تتقلص بمرور الزمن

أو لأنهم يتعلمون تعويض صعوباتهم. وتفرض هذه الصورة تساؤلين هامين: أولهما: هل من ثمة طريقة للتنبؤ بمن هم الأطفال الذين ستلازمهم الصعوبات بعد الطفولة؟ وثانيهما: هل يساعد العلاج في منع هذه الصعوبات من الاستمرار؟ لقد افترضت بعض الدراسات أن الأطفال المتسمين بالسلوك العدواني الحاد يحتمل أن تلازمهم أعراض ADHD والسلوكيات المعادية للمجتمع حتى المراهقة والرشد بدرجة أكبر من الأطفال غير العدوانيين. لكنه حتى بالنسبة إلى الأطفال غير العدوانيين ذوي اضطراب ADHD فإنه تشب معهم اضطرابات سلوكية أكثر في الغالب مقارنة بالأطفال العاديين. وهكذا فإنه بينما تزيد النزعة العدوانية من احتمالية تواصل الاضطرابات مستقبلاً، غير أن عوامل أخرى تكون فاعلة أيضاً وتشمل الجوانب الاجتماعية والنفسية والانفعالية والعقلية لحياة الطفل. فعلى سبيل المثال، يؤهل الخلاف الحاد بين الطفل وولي الأمر الأطفال للوقوع فريسة للمشكلات طويلة المدى. لكن الذكاء فوق المتوسط يحتمل أكثر أن يبشر بمستقبل أكثر إيجابية لحالة الصغار ربما لأن هؤلاء الأطفال يكونون أعلى قدرة على تعويض ضعفهم الدراسي. وبالمثل فإن جوانب إيجابية أخرى من حياة الطفل قد تسهم في المآل الطيب. فقد يكون لدى الطفل ذي المستوى الجيد في الرياضة والمحبوب وحسن المظهر كثيراً فرصة أعلى من المتوسطة للتمتع بمستوى مرتفع من تقدير الذات، ما قد يفضي إلى أداء عام أفضل لاحقاً في الحياة.

من جهة أخرى فإن العلاج قد يساعد في تقويض المشكلات الجارية. وقد ناقشنا في الفصل الرابع عمل جيمس ساترفيلد وزملائه الذين تناولوا استراتيجيات منع الجنوح عند البنين مفرطي النشاط. وقد بين ساترفيلد أن العلاج متعدد الأنماط طويل المدى المؤلف من العلاج الطبي والعلاج النفسي السلوكي المكثف أدى إلى التقليل من احتمالات تعرضهم للقبض عليهم والإيداع بالسجن وذلك مقارنة بالعلاج بالعقاقير وحده.

ويواجه أولياء الأمور قلقاً غالباً بالنسبة إلى أن العلاج الطبي بالمنبهات لصغيرهم لفرط نشاطه سوف يؤهله لأن يصبح مدمناً للمخدرات لاحقاً في المستقبل. لكن العكس قد يكون صحيحاً في حقيقة الأمر. فقد بينت دراسات كثيرة أن المنبهات لا تزيد من خطورة

احتمال الوقوع في براثن إدمان المخدرات. كما أنه من خلال التحكم في بعض الأعراض المشكلة فإن المنبهات يمكن أن تقلل من وقوع المشكلات الثانوية التي تحدث عامة لدى الأطفال ذوي اضطراب ADHD مثل القلق والاكتئاب وضعف تقدير الذات. ونتيجة لذلك فإن الأطفال المعالجين طبياً قد يمكنهم تجنب بعض الضغوط الاجتماعية والانفعالية التي قد تؤدي إلى الإدمان لاحقاً.

وإجمالاً، فإنه يبدو أن بعض الأطفال يتجهون أكثر نحو المشكلات المزمنة في المراهقة والرشد مقارنة بغيرهم. لكن مستقبل الحالة لا يمكن التنبؤ به أو تحديده مسبقاً. ويتعلم الكثير من الأطفال تعويض صعوباتهم، حتى أن البعض يتفوقون نتيجة لمهارات التوافق التي يتعلمونها. ولعلك تتذكر على سبيل المثال جويل الذي مر بنا في مقدمة هذا الكتاب حيث ساعدته مهاراته التعويضية وظلت تساعده في النهوض بالكثير من مسئولياته كشخص راشد. كما أعطاه نضاله ضد صعوبات التعلم واضطرابات نقص الانتباه تقديراً للصعوبات التي يواجهها الأشخاص وساعده في أن يربي في نفسه إحساساً قوياً بالتعاطف.

ويمكن أن تساعدك طرق العلاج التي وردت في هذا الكتاب في تعظيم فرص طفلك لأن يصبح سعيداً وشخصاً راشداً جيد الأداء موفقاً. لكنك أنت وطفلك يجب أن تعملا لتحقيق ذلك الهدف. وحينما سئل الأطفال الذين كانوا مفرطي النشاط عما ساعدهم أكثر قال الكثيرون منهم أن ذلك تمثل في وجود شخص يؤمن بهم: ولي أمر أو معلم أو شخص آخر مساعد ومقبول. كما أن الكثير من أولئك الذين تمكنوا من مهارة ما أو اكتسبوا خبرة في مجال معين قد شبوا بمفهوم قوي للذات، لذلك فإنهم كانوا أكثر توفيقاً.

وقد ناقشنا ملياً في هذا الفصل التطور المرتقب بالنسبة إلى الأطفال المصابين باضطراب ADHD في إطار النسب المئوية. ولكن كما رأينا في الفصل الأول فإن اضطراب ADHD ليس فرضية إما/ أو.. فليست المسألة ببساطة أن الناس لديهم ADHD أو لا. كما أن الأعراض الشبيهة باضطراب ADHD التي لدى الأشخاص قد تولد صعوبة أكثر أو أقل لديهم اعتماداً على عوامل كثيرة. وبالمثل فبالنسبة إلى المراهقين والبالغين المصابين

باضطراب ADHD فإن مدى الصعوبة الذي توجده الأعراض المزمنة يختلف اعتماداً على درجة حدة الأعراض والأوجه الأخرى لحياتهم. وسوف نقوم في بقية هذا الفصل بالتركيز على بعض المشكلات التي كثيراً ما تزعج الأفراد المصابين باضطراب ADHD مع انتقالهم إلى المراهقة والرشد. كما سنناقش أيضاً أثر هذه المشكلات المتواصلة على أفراد الأسرة الآخرين.

المراهق المصاب باضطراب ADHD

رغم أن اضطراب ADHD قد يتم تشخيصه في وقت مبكر في سنوات ما قبل المدرسة أو الحضانة، إلا أن التشخيص يأتي متأخراً عادة حينما تتفاقم المشكلات في المدرسة بحيث يصعب تجاهلها. ويعد هذا حقيقياً بشكل خاص لدى الأطفال الذين لا يمثل فرط النشاط بالنسبة إليهم مشكلة كبيرة وبالنسبة إلى من ليس لديهم صعوبات تعلم أو اضطراب سلوكي. وبوجه عام فإن متوسط سن التشخيص يكون تسع سنوات. وقد وجد أن لدى الكثير من الأطفال الذين تمخض التشخيص عن معاناتهم من ADHD في الطفولة المبكرة مشكلات تتسم بأنها بسيطة أو معتدلة بحيث يتلقون علاجاً بسيطاً (قليلاً) أو لا يتلقونه على الإطلاق بهدف الحيلولة دون تفاقم حالتهم إلى الأسوأ. وبذا فإن الأطفال ذوي اضطراب ADHD يصلون إلى المراهقة غالباً بأشكال شتى من الصعوبة التي تراكمت عبر السنين لتمسي مشكلات عسيرة. فالطفل الذي يكون أداؤه أقل قليلاً من المستوى الأكاديمي المتوسط لعدد من السنوات قد يشب ليصبح بالغاً تثقله عيوب مهارية هامة. ويأتي على قمة ذلك أنه ربما عانى لسنوات من الإحباط جراء ما كان يقال له دوماً أنه يمكن أو يجب أن يكون أفضل من ذلك، ولعله تجذر بداخله الشعور بالفشل.

ولا يعني هذا أن التشخيص والعلاج المبكرين يمنعان المشكلات من استمرارها في المراهقة بالكامل. وسواء أكان الأطفال يتلقون علاجاً مبكراً ومناسباً أم لا فإن المراهقة تعدهم بحزمة جديدة من المشكلات أو الصعوبات والضغوط. وبالتالي فهي تتطلب إعادة تقييم وتقويم استراتيجيات الإدارة. فقد شخصت حالة الطفلة آمي على سبيل المثال بأنها اضطراب نقص الانتباه ADD وذلك في الصف الأول، وراح يجري علاجها بالمنبهات

منذ ذلك الحين. وظلت تحصل على درجات متوسطة بالمدرسة. لكن مهاراتها الاجتماعية الضعيفة أخذت في التدهور كثيراً مع زيادة سنها. ويكون الحال هكذا كثيراً بالنسبة إلى الفتيات ذوات اضطراب ADHD نظراً لأن المراهقة تأتي بضغوط اجتماعية ثقيلة على وجه الخصوص. واليوم فإن آمي عمرها ثنتا عشرة سنة وهي تحتاج إلى إعادة تقويم نظام علاجها الطبي وربما إلى المزيد من المهارات الاجتماعية المكثفة والعلاج السلوكي.

ويشبه الكثير من المشكلات عند المراهقين المصابين باضطراب ADHD تلك التي نراها عند البالغين "العاديين". وبوجه عام فإن المراهقين يحاولون وضع الطفولة وراء ظهورهم. فهم يريدون المزيد من الاستقلال والحرية والاعتماد على النفس. وتجدهم يرفضون السلطة الوالدية كما يتمردون على التوقعات. وتتغير طريقة تفكيرهم في العالم كما تتغير أجسامهم أيضاً، ما يسهم في حدوث تقلبات مزاجية حادة وثورات انفعالية كبيرة. ومما يؤسف له أنه بالنسبة إلى أطفال ADHD فإن نقص الانتباه والاندفاعية والأعراض الأخرى المرتبطة باضطراب ADHD يتحدون مع ضغوط المراهقة الطبيعية ليولد مزيج متطاير. وبالمقارنة مع الأطفال الآخرين فإنهم يمكن أن يكونوا أقل قدرة على التمتع باستقلال متنامي. وهم ينزعون إلى صناعة قرارات مندفعة أكثر منها متعقلة، ما قد يضعهم في شرك المخدرات والجنس وإغراءات المراهقة الأخرى. ويمكن أن تزيد خلافات الوالدين الطفل حتى درجة العداء المفتوح. وتتسم المرحلتان الإعدادية والثانوية بزيادة الأعباء الملقاة على عاتق المهارات الدراسية لهؤلاء الأطفال. وهم يحتاجون إلى إعطاء المزيد من الانتباه إلى التفاصيل والتخطيط وبناء الاستراتيجيات بشكل أكثر فعالية وإتمام المزيد من العمل. ويتوقع منهم القدرة على العمل بدرجة أكثر استقلالية مع مساعدة أقل من قبل المعلمين والوالدين. بعبارة أخرى، فإن المراهقة تجابه الأطفال بجرعة مزدوجة من الصعوبة؛ إذ إنهم حينما يصلون إلى نقطة عدم الاستقرار والهشاشة فإن الأعباء والتوقعات الضاغطة على نفوسهم تتصاعد.

علاج اضطراب ADHD لدى المراهقين

رغم أن المراهقة تمثل المرحلة التي تبلغ فيها المشكلات السلوكية ذروتها إلا أنها أيضاً المرحلة التي يختار فيها الكثير من أولياء الأمور والأطباء التوقف عن العلاج بالمنبهات

حتى حينما يكون علاجاً فعالاً في الطفولة. وهم يفعلون ذلك رغم أن المنبهات قد ثبتت فعاليتها لدى المراهقين كما هي لدى الأطفال. لكنه يبدو أن عوامل أخرى تقاوم مواصلة أخذ العقاقير. ويأتي على رأس تلك العوامل أنه رغم أن العقاقير المعطاة لعلاج اضطراب ADHD لا تهيىء الأطفال للإدمان، إلا أن المراهقة هي الفترة التي تتجه فيها أعداد كبيرة من المراهقين ذوي اضطراب ADHD أو العاديين إلى تجريب المخدرات. وحيث إن المنبهات التي تؤخذ بكميات كبيرة نسبياً أو عبر الوريد يمكن أن تولد الشعور بالفورة فإنها تكون عرضة لإساءة الاستخدام. لذا فإن الطبيب قد يقوم باختيار تجريب نوع آخر من العقاقير مثل مضاد الاكتئاب أو الكلونيدين الذي لا يولد مشاعر سارة ومن ثم فإنه يكون أقل قابلية لإساءة الاستخدام.

ويتمثل السبب الثاني لتغيير نظام العلاج الطبي للمراهقين في ثقل أعبائهم الدراسية والاجتماعية المتنامية؛ إذ إن قضاء وقت كبير حتى أواخر الليل في أداء الواجب المنزلي وأداء الأنشطة الاجتماعية المطولة والكثيرة قد يعني ضرورة تلقي العلاج الطبي يومياً وحول الساعة. وقد يضيف التراجع والتقدم المصاحبان للعلاج بالريتالين الكثير من الضغوط لدى المراهقين الذين هم في الأصل فاقدون للتوازن.

أما السبب الثالث لتغيير نظام العلاج الطبي فهو أن الكثير من المراهقين يرون هذا النظام مفروضاً عليهم من قبل الوالدين وبالتالي فإنهم يرفضونه كطريقة لرفض السلطة الوالدية. وإذا كان لا بد من استخدام العلاج الطبي للمراهق فإنه لا بد من تعاونه. فينبغي أن يراه شيئاً يمكن أن يساعده في مواصلة التحكم أكثر منه شيئاً يستخدم للتحكم فيه. ولو تم السماح للمراهق بنشاط محبب في ظل العلاج الطبي وفي غيابه فإن الفوائد قد تصبح أكثر جلاءً بالنسبة إليه. فإذا كان يشارك على سبيل المثال في لعبة كرة القدم خلال العلاج الطبي فلعله يقدر أنه يساعده في مواصلة التركيز في اللعبة وتضييق شقة الخلاف مع مدربه أو زملائه في الفريق.

بيد أن العلاج الطبي ليس دوماً المدخل العلاجي الأساسي للمراهقين المصابين باضطراب ADHD. وحينما لا يوصى بالعلاج الطبي فإن العلاج يمكن أن يتضمن مزيجاً

من الإرشاد والتدخل التعليمي بما في ذلك المساعدة العلاجية بالنسبة إلى المهارات المؤجلة. ويتعين أن يشارك المراهقون دوماً بفعالية في علاجهم. إذ إنهم يكونون في سن مناسب لفهم وتقدير صعوباتهم. ولا بد أن يكونوا قادرين على التعبير اللفظي عن مشاعرهم بدرجة أكبر مما يمكن للأطفال فعله. فالطفل المصاب باضطراب ADHD ربما عبر عن غضبه وإحباطه بالثورة الانفعالية أو الضرب أو تحطيم الأشياء، لكنه حينما يكون مراهقاً فإنه يمكنه تعلم التعبير عن تلك المشاعر لفظياً.

وبينما تتبدى بعض العوامل المعارضة لعلاج المراهقين طبياً، إلا أن بعض المراهقين الذين كانوا يعالجون بدون علاج طبي في الطفولة يجدون أن الأعباء المتزايدة عليهم في المرحلة الثانوية والتغيرات الداخلية في أجسادهم تزيد من حاجتهم إلى العلاج الطبي. ويختار البعض الذين جرى علاجهم طبياً كأطفال مواصلة ذلك لأسباب مماثلة. وقد كان آرون ١٣ سنة مثالاً لذلك. فقد كان قراره بمواصلة العلاج الطبي صعباً بالنسبة إليه وإلى والديه حيث أوجد المشاعر بأنهم فشلوا بشكل ما في القضاء على الاضطراب. كما أضاع آمالهم بأن يتجاوز الصبي مشكلاته.

ولعل الجانب المشكل الأكبر لدى المراهقين أصحاب اضطراب ADHD هو تقدير الذات. فيتلقى الأطفال الصغار الكثير من تقدير الذات من خلال تفاعلات الطفل/ ولي الأمر الإيجابية. لكن المراهقين يرجعون إلى أدائهم الدراسي والاجتماعي والرياضي أو أي مجال آخر لالتماس الشعور بالثقة بالنفس والجدارة. وبذا فإن المراهقين المصابين باضطراب ADHD الذين مروا بالفشل المزمن أو تدني التحصيل يمكن أن يكونوا قد حققوا مستوى هزيلاً من تقدير الذات. وقد ناقشنا في الفصل الحادي عشر الطرق التي يمكنك بها المساعدة في بناء تقدير الذات عند طفلك، أما بالنسبة إلى المراهق ذي تقدير الذات الهش فلعله تتبدى الحاجة إلى العلاج الأسري أو الفردي لتعليم الفرد بشأن طبيعة اضطرابه ومساعدته في بناء توقعات وأهداف واقعية ومساعدته في التعامل مع الإحباط والغضب المتأججين.

ولعل الوالدين بحاجة أيضاً إلى بعض الدعم الإضافي حينما يصل صغيرهما إلى البلوغ. فقد يستعر التمرد والعدوان ويستحيلان عداوة مفتوحة في هذا الوقت. وحتى

الوالدين اللذين كونا مهارات جيدة للتربية الوالدية عبر السنين فإنهما قد يجدان نفسيهما مرتبكين في التعامل مع طفلهما. كما أن الوالدين يجدان نفسيهما غالباً متزايدي الإحباط حينما يدركان أن المشكلات لا تختفي حينما يصل طفلهما إلى مرحلة البلوغ. ولعل تلك تكون اللحظة المناسبة لوجوب إعادة تقويم التوقعات، ربما من خلال جولة أخرى من العلاج الأسري. إن الوالدين يشعران أحياناً أنهما بحاجة إلى النصيحة من قبل مختص بشأن الجوانب النوعية لحياة أطفالهما. فقد يتساءل الوالدان على سبيل المثال عما إذا كان بإمكان ابنهما المندفع المشتت ذي الست عشرة سنة القيادة بأمان. ويوصي الطبيب في بعض الحالات بأن يقود الطفل فقط متى تم علاجه. لكن الغالب أن يعطي الطبيب إجابات قليلة واضحة لوالدي المراهق ذي اضطراب ADHD. وقد أجريت دراسات قليلة حول البدائل العلاجية لهؤلاء الأطفال. كما أنه لا يعرف سوى القليل عن آثار العلاج بالمنبهات طويل المدى.

الراشدون المصابون باضطراب ADHD

لقد جرى اعتبار اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط ADHD منذ فترة ليست طويلة كحالة طويلة المدى قد تستمر طوال حياة الفرد. كما أنه قد تم منذ عقود قليلة اعتبار نقص الانتباه كمشكلة تعادل فرط النشاط في الأهمية. وهكذا فإن الكثير من البالغين الذين لديهم ما يصفه الأطباء ببقايا اضطراب ADHD ربما لم يتم تشخيص حالتهم وهم أطفال لأنهم لم يكونوا مفرطي النشاط. أو أنه بالنسبة إلى من كانوا مفرطي النشاط كأطفال صغار فإن مشكلاتهم ربما تم تجاهلها في السنوات اللاحقة تحت فرضية أنهم قد تخلصوا منها. وبالنسبة لأولئك الذين يبدون اضطرابات سلوكية وعدوانية وسلوكيات معادية للمجتمع ملازمة لهم فربما وقعوا في المسافة الفاصلة. والآن وهم في الثلاثينيات والأربعينيات والخمسينيات من عمرهم فإن بعضاً منهم يتم تشخيص حالتهم وعلاجهم.

جدير بالذكر أنه ليس البالغون المصابون باضطراب ADHD يبدون فقط الأعراض الرئيسة للاضطرابات وخاصة نقص الانتباه والاندفاعية، لكنهم كثيراً ما يبدون أعراضاً أخرى تشيع بين أطفال ADHD. ويشهد الكثيرون تقلبات مزاجية حادة وثورات قصيرة

مستمرة وتحملاً أقل للضغوط ومشكلات واضحة في التنظيم والتخطيط. أيضاً فإنهم يكون لديهم في الغالب مشكلات ثانوية جلية. وتؤثر المشكلات المصاحبة لاضطراب ADHD بقوة في إحساس البالغين بأنفسهم وقدرتهم على إقامة علاقات بناءة. كما ينزع البالغون المصابون باضطراب ADHD إلى تحقيق مستويات أدائية منخفضة في العمل الوظيفي.

وسواء أكانوا في العمل أم في الدراسة فإن نقص الانتباه والتشتت قد يجعلان الأشخاص المصابين باضطراب ADHD يواجهون مشكلة في إتمام المشروعات والأنشطة. فقد ينسون مواعيد والتزامات مهمة. وقد تؤدي هذه المشكلات متحدة مع ضعف تحمل الإحباط وعدم التنظيم وضعف المهارات التخطيطية إلى جعل البالغين المصابين باضطراب ADHD يغيرون وظائفهم كثيراً. ونتيجة لذلك فإنهم ربما يشعرون باليأس كثيراً لعجزهم عن تحقيق مستوى النجاح الذي يتوقون إليه.

وقد تؤدي أعراض ADHD في المواقف الاجتماعية إلى وقوع البالغين في مشكلات تعوق إقامة واستمرار العلاقات وخاصة العلاقات المغلقة. وقد يشكو الآخرون المهمون من أن ثمة شخصاً لا يستمع أو لا يولي اهتماماً ويبدو منشغلاً دائماً ويتصرف بدون مسئولية ولا يمكن الاعتماد عليه. ونتيجة لذلك فإن الشخص المصاب باضطراب ADHD يشعر غالباً إما بالذنب أو الغضب وأن لا أحد يفهمه. ويتجه الآخرون المهمون أحياناً إلى الاضطلاع بدور أدائي زائد يقومون من خلاله بمحاولة الاهتمام بكل التفاصيل التي قد يبدو أن الشخص ذا اضطراب ADHD غير قادر على إدارتها. وفي هذه الحالة فإن الشخص صاحب اضطراب ADHD قد ينتهي به المطاف إلى الإحساس بالعجز أكثر نظراً لضعفه والإحساس الأضعف بالجدارة. وقد يستعر الغضب في داخل الشريك المساعد الذي ينوء بالحمل الأكبر نظراً لمسئولياته الزائدة. ويفضي هذا الحال إلى علاقة متوترة.

ويمر البالغون الذين يتم تشخيص حالتهم بأنها اضطراب ADHD بمشاعر أولية من تنفس الصعداء لأنهم حصلوا على تفسير لصعوباتهم أخيراً. وقد يتبع ذلك أسف شديد وغضب بالغ وأسًى على السنين التي جرى وصمهم خلالها بالرداءة وعدم المسئولية وضعف المصداقية والفشل. وبالإضافة إلى وجود هذه المشاعر المختلطة من الغضب والانفراج فإن

الكثير من البالغين الذين تم تشخيص حالتهم يبدون ارتباكاً بصدد كيفية تأثير التشخيص في إدراكهم أنفسهم. من جهة أخرى فإن التشخيص قد يسمح للشخص بعدم الانشغال ببعض مشكلاته، لكنه أيضاً قد يزيد شكوكه حول قدرته على التوافق مع المشكلات.

ويتم تشخيص حالة بعض البالغين بأنها ADHD وذلك بعد العلم بتشخيص حالة أطفالهم. وقد يكون هذا مؤلماً لولي الأمر (الأب عادة) الذي يجب أن يتوافق ليس فقط مع المشاعر بعد الاستقرار إنما أيضاً مع الإحساس بذنب نقل الاضطراب إلى طفله. وقد يفرط في توحده مع طفله، ما قد يوجد صعوبة لديه في القيام تحكم والدي فعال. ويأتي على رأس ذلك أنه يضطر إلى التعامل مع غضب زوجته المزمن منه ومن طفله.

ونظراً لهذه المشكلات المعقدة لدى الراشدين المصابين باضطراب ADHD فإنه ينبغي تركيز العلاج في اتجاهات عدة. وقد يكون بعض من نفس الاستراتيجيات المفيدة بالنسبة إلى الأطفال والمراهقين مفيداً أيضاً للبالغين والراشدين. وتبدو المنبهات خاصة ذات آثار مماثلة على الراشدين كما هي لدى الأطفال، ما يزيد من قدرتهم على تركيز الانتباه وخفض مستوى الغضب.

من جهة أخرى فإن التركيز الأكبر لعلاج الراشد يجب أن يعمل على إعادة بناء الثقة وتقدير الذات لديه. ويحتاج هؤلاء الراشدون إلى اكتساب الإحساس بالكفاءة. ويمكنهم فعل ذلك من خلال وضع أهداف واقعية لأنفسهم ثم تحقيقها. ويتضمن هذا غالباً تعلم كيفية هيكلة وقتهم وتنظيم حياتهم. وينبغي توجيه العلاج لمساعدة الراشدين المصابين باضطراب ADHD على فهم ومواجهة السلوكيات التي أدت إلى الصعوبات: وهي تجنب المسئولية وتجنب الالتزام وتجنب الألفة. وتوجد أحياناً سلوكيات اضطراب ADHD مرافقة للقلق والاكتئاب والإدمان أو المشكلات النفسية الأخرى التي ينبغي التعامل معها أيضاً.

وحينما ينخرط الراشدون المصابون باضطراب ADHD في علاقات تتسم بالحميمية فإنه يتعين أن يتضمن العلاج الآخرين المهمين بالنسبة إليهم أيضاً. ذلك أن التشخيص بوجود اضطراب ADHD لشخص معين قد يساعد زوجته أو شخصاً هاماً آخر في فهمه

بشكل أفضل والكف عن تكديره نظراً لصعوباته. لكنها ربما تظل بحاجة إلى التعامل مع مشاعرها بالغضب قبل بناء علاقة أعلى جودة.

ويؤدي كثير من الراشدين الذين تلازمهم أعراض ADHD بشكل جيد جداً رغم صعوباتهم الملازمة. وتقل الأعراض لدى البعض حتى درجة أنها لا توجد سوى القليل من المشكلات. ويختار آخرون الوظائف التي فيها تثير أعراض اضطراب ADHD القليل من المشكلات. ويظل آخرون يضعون الاستراتيجيات التوافقية الفعالة. وعليك كولي أمر لطفل يعاني من اضطراب ADHD أن تتطلع إلى أن يصبح صغيرك أحد هذه القصص الناجحة. وسوف يمكنك مساعدته طوال الطريق من خلال مساندته والتركيز على جوانب القوة لديه بدرجة أكبر من جوانب الضعف والفخر والاعتزاز بمنجزاته.

الفصل الثالث عشر

العناية بنفسك وبأسرتك

يواجه والدا الطفل المصاب باضطراب ADHD نوبات قاسية من مشاعر ضعف تقدير الذات والثقة بالنفس والجدارة. وبالنسبة إلى المبتدئين، فإن أطفالهم الذين هم مدعاة للمشكلات يأخذون غالباً وقتاً وطاقة أكبر من المتوقع. ورغم كل جهودهم المبذولة، إلا أنه لا شيء يبدو مبشراً. أيضاً فإن أطفالهم يتلقون دعماً قليلاً، إذ إنهم يكونون عاجزين في الغالب عن إيقاف ما يفعلون لإعطاء الأم حضناً أو المكوث فوق المقعد بالقدر الكافي للاستمتاع بالاحتضان. أخيراً.. فإن الكثير من أولياء الأمور يشعرون بالذنب لكونهم غير صبورين، أو صارمين جداً، أو متساهلين إلى حد كبير، أو نظراً لمختلف الأمور الوالدية السلبية المدركة.

وليس من السهل دوماً أن تكون الأخ أو الأخت لطفل مصاب باضطراب ADHD، إذ يبدو الوالدان عادة عابسين مجهدين أو شيء من هذا أو ذاك. ورغم حقيقة أن الأخ ذا اضطراب ADHD يبدو أنه سبب كل منغصات الأسرة، إلا أنه من يحصل على جل الانتباه. وفي هذه الأثناء فإن الأخ غير المصاب باضطراب ADHD يتوقع أن يكون حسناً طوال الوقت بحيث لا يأتي بشيء يكدر الصفو أو يضيف إلى متاعب الوالدين أثقالاً، وألا يضايق الطفل المصاب باضطراب ADHD سواء أكان الأخ أو الأخت.

إن الاستراتيجيات التي جرت مناقشتها في هذا الكتاب مصممة لمساعدة الأطفال ذوي اضطراب ADHD ليصبحوا أكثر انخراطاً وسعادة وقدرة على العمل بفعالية في المدرسة والبيت وأي مكان آخر. وقد أكدنا في مختلف أجزاء هذا الكتاب على أهمية الأسرة في هذا الصدد. ولكي يصبح الطفل ذو اضطراب ADHD موفقاً فإنه يتعين أن تعمل الأسر معاً لبناء البيئة الصحية. لكن قوة الأسر تأتي من خلال قوة أفرادها. لذا فإنه ينبغي توفير الرعاية والتوعية للوالدين والأخوة العاديين.

وحينما تأتي الأسرة لعيادة ADHD في فيلادلفيا لعلاج المشكلات الانتباهية والسلوكية فإن الوالدين يشعران غالباً باليأس والاستنزاف وأحياناً بالاكتئاب. وقد قالت إحدى الأمهات أنها شعرت أنها مثل "مرشد الرحلة البحرية" مع طفلها الذي كان يحتاج انتباهاً دائماً وكان مزعجاً على الدوام. وقد قالت "لقد وصلنا إلى النقطة التي كنا عندها متعبين جداً بحيث كان لا يمكننا التعامل معه. وقد قمنا بقمعه، ما جعلنا نشعر بالخطأ". ويذكر أولياء أمور آخرون أنهم شعروا بالسأم من الشجارات الدائمة التي يخوضونها ليس فقط مع أطفالهم وإنما أيضاً مع المدرسة والحضانة والأشخاص الذين لا يمكنهم أو لا يريدون التعـامل مع أطفـالهم.

ويستحيل هذا السأم غالباً شعوراً بالذنب والغضب. وحتى حينما يتفهم الوالدان أساس صعوبات صغيرهما والطريقة المثلى للاستجابة نحو هذه المشكلات، فإنهما لا يمكنهما مواصلة التحكم طيلة الوقت. ويصعب ألا يتساءلا "لماذا يفعل هذا بي؟" أو "لماذا أحاول بذل كل ما في وسعي وهو لا يقدر ذلك؟". هذا بينما تجد صوتاً داخلياً يناشدك البقاء هادئاً وعدم الغضب ومحاولة الفـهم. ورغم ذلك فإن جزءاً منك قد يتـلـظى بلهـيب الظـلـم في الوضع بأكـمله.

ولا يستطيع الكثير من أولياء الأمور إيجاد مربيات مستعدات لرعاية أطفالهم ذوي اضطراب ADHD، إذ إنهم لا يمكنهم الذهاب إلى المتاجر والمطاعم ودور العبادة أو تدبير شئون الأسرة لأن سلوك أطفالهم المزعج يربكهم ويشل حركتهم. كما أنهم يفقدون أحياناً الاتصال بالأصدقاء الذين لا يتفهمون صعوبات الطفل المصاب باضطراب ADHD أو معاناة الوالدين والذين يشعرون بالتالي بعدم الارتياح بشأن الطفل. وقد لا يبغي هؤلاء الأصدقاء وجود أطفالهم مع ثمة طفل خوفاً من التأثر بمشكلاته السلوكية. وربما يقومون بإسداء نصيحة "مبنية على خبرة" بدون فـهم حـقـيقي لعـمق المشكلة.

وتكون النتيجة الشعور بالعزلة التي تنسحب حتى على الأسرة الممتدة للوالدين. ولا يتفهم الكثير من الجدود وأفراد الأسرة الآخرين طبيعة اضطراب ADHD أو المعاناة التي يشقى بها الوالدان كل يوم في رعاية صغيرهما. وقد تقول جدة "لقد أمكنني تقويمه"

أو "إنك تجعله يفلت من العقاب كثيراً". وربما تقول أخت "إنني لا تواجهني تلك المشكلة مع طفلي.. لعلك تقصر في عمل شيء ما". وحينما يقوم الوالدان بتجريب أشكال مختلفة من العلاج فإنهما يسمعان غالباً دفعة أخرى من النصائح: "إنه ليس بحاجة إلى الدواء، إذ لا مشكلة تواجهه البتة" أو "لن أعطي الريتالين لطفلي أبداً".

وقد يكون الانعزال عن الأسرة الممتدة مشكلة خطيرة. ولا يكون ذلك مجرد مصدر دائم للإحباط والشقاء والقلق بالنسبة لك، لكنه أيضاً ينذر بخطر محدق بطفلك. فلقد توصلت الدراسات إلى أن الوالدين اللذين يشعران بالانعزال هما الأقل كفاءة في قدرتهما على التربية الوالدية من أولئك المتمتعين بعلاقات جيدة مع الأسرة الممتدة والأصدقاء.

اختزال العزلة وجمع المعلومات

قد يجد الوالدان المساعدة فيما يتعلق بمشكلاتهما الرقابية بطرق شتى. ويكونان بحاجة إلى اختزال عزلتهما، وأن يصبحا معدين للتعاطي مع الصعوبات التي تنجم، وأن يشعرا بالكفاءة والقوة في التعامل مع أطفالهما. ولا بد من توعيتهما بشأن الاضطراب ذاته، فيتعرفان إلى بدائل الإدارة والمصادر المتاحة لهما ولأطفالهما. ويمكن أن تقدم جمعيات المساعدة الوالدية المساعدة من خلال تقديم معلومات، وتوفير مساندة كذلك. وهي تتألف من مجموعة من أولياء الأمور الذين يشتركون في إحباطاتهم ونجاحاتهم، ويستمعون إلى بعضهم البعض، ويقدمون المساندة والتشجيع. وتوجد هذه المجموعات في مناطق كثيرة من الولايات المتحدة. وهي تدار من قبل مصحات محلية وعيادات الرعاية الصحية ومن خلال المؤسسات الوطنية مثل تلك الواردة في الملاحق ومن خلال وسائل أقل رسمية.

وبينما يمكن لجماعات المساعدة الوالدية أن تساعد في كسر العزلة وأن تكون مصادر جيدة للمعلومات، إلا أنها تعد أحياناً بأكثر مما يمكنها تقديمه. وحينما تفتقد مجموعة القائد الخبير فإنه يمكن أن تنتشر المعلومات الخطأ بنفس إمكانية انتشار المعلومات الصحيحة. كما أن أولياء الأمور الذين يأتون إلى هذه الجماعات بقصص رهيبة يحتاجون إلى أكثر من مجرد مكان للتنفيس عن إحباطاتهم، إذ إنهم يكونون بحاجة إلى تجاوز الشعور بأنهم ضحايا. ويحتاجون إلى نصائح بناءة للحصول على المساعدة. ويتعين أن يحذر ولي الأمر من الجماعات

التي يديرها قائد يعتقد أنه يعرف كل الإجابات أو من يتسم بالصرامة فيما يعتقد أنه المدخل المناسب. وينبغي تذكر أن هنالك إجابات مطلقة قليلة لكثير من الأسئلة التي قد تدور بذهنك بشأن اضطراب ADHD.

التماس المساعدة

من الأهمية بمكان أيضاً كي تدير طفلك بشكل فعال أن تجد المختصين الذين تثق بهم والمستعدين للعمل معك لإيجاد التدخلات المناسبة لطفلك. وقد يكون إيجاد المختص المناسب صعباً، خاصة إذا كنت تعيش بعيداً عن منطقة حضرية كبرى. ومن الطبيعي أنك تحتاج إلى طبيب خبير في علاج اضطراب ADHD والذي سوف يقوم بإشراكك في أي قرارات تتخذ بخصوص رعاية صغيرك والذي سوف يكون منفتحاً أمام تساؤلاتك. وضع في ذهنك أن بعض أسئلتك ليس لها إجابة جاهزة مثل: "حتام ستلازم المشكلات صغيري؟" و"ماذا سيحدث له؟" و"هل سيحتاج علاجاً طبياً طيلة حياته؟". وقد يكون نقص وضوح الإجابات لهذه الأسئلة من أصعب جوانب اضطراب ADHD بالنسبة إلى الوالدين والأطباء، إذ يتوقع الوالدان تلقي إجابات قاطعة من أطبائهما من منطلق أن الأطباء معتادون على إعطاء تشخيصات قاطعة وتنبؤات علمية بشأن المستقبل. لكنه بالنسبة إلى اضطراب ADHD فإن هنالك متسعاً من أجل المزيد من الوضوح. ويتمثل جانب من تفهم وضع طفلك ذي اضطراب ADHD والتعامل معه في تقبل ضبابية الرؤية في الوقت الراهن.

العناية بنفسك

لكي تتعامل بفعالية مع صعوبات طفلك فإنه يتعين أيضاً أن تقوي مشاعرك بالكفاءة والجدارة. ويعني هذا تخصيص وقت من أجل نفسك ومن أجل العلاقات المهمة الأخرى. ذلك أن ولي الأمر غير السعيد والوحيد والمكتئب لا يمكنه أن يكون ولي أمر فعال لمدة طويلة. فلتلتمس العلاج لو كنت بحاجة إلى مساعدة في التعاطي مع مشاعرك المتمثلة في الغضب والاكتئاب. واهتم بعلاقتك بشريكة حياتك، وأعد دراسة مسئولياتك الوالدية

للتأكد من أنه لا أحد منكما يحمل على عاتقه المزيد من الحمل أكثر من الآخر. وإذا كنت ولي الأمر الوحيد، فحاول أن تجد مصادر أخرى للمساعدة. واستعن بجليسة أطفال لتريحك بعض الوقت ويكون بإمكانها العمل بفعالية مع جميع أطفالك. وحاول ترتيب الخروج في نزهة في عطلات نهاية الأسبوع من آنٍ لآخر.

من جهة أخرى فإنه يمكن أن تكون العائلات الممتدة مصدراً جيداً إذا قبلت المسار الذي يختاره الوالدان لأطفالهما. فقد ينتقد أفراد أسرتك أحياناً الخيارات التي تتبناها. وبينما تكون قد وصلت إلى تقبل تشخيص حالة طفلك، فإنهم قد يكونون غير مستعدين لتقبله. وقد قالت إحدى الأمهات أن والديها «لا يتفهمان اضطراب نقص الانتباه ADD عند صغيرها، ولا يتقبلان أن لديه مشكلة لأنه يبدو طبيعياً. وهما يتوقعان منه أداء أشياء لا قبل له بها. وقد استغرق الأمر مني وقتاً والكثير من الدموع لتقبل أنني لا يمكنني جعله يفعل بعض الأشياء لكنني تقبلت ذلك".

وإذا كانت أسرتك الموسعة مستعدة لتعلم المزيد حول اضطراب ADHD فلتدعها إلى لقاءات جماعة المساعدة أو جلسات العلاج، أو قدم لها كتباً ومطبوعات تشرح صعوبات صغيرك. غير أن هذا لن يكون كافياً لدى بعض أفراد الأسرة. فقد يظلون يرون طفلك طبيعياً ويكونون غير مستعدين لتقبل قصور إمكانياته. ولعلك تبغي تقييد أو تحجيم اتصال صغيرك بأفراد الأسرة هؤلاء حتى يتعلموا تبني توقعات أكثر واقعية لطفلك.

ويمكن أن تنجم مشكلات مماثلة مع الأصدقاء الذين لا يتفهمون حقيقة الاضطراب. ويكون الوالدان ممانعين أحياناً في إخبار أولياء أمور آخرين أن طفلهما يعاني من اضطراب ADHD وذلك خوفاً من أن ذلك ينطوي على حزمة كاملة من المعاني الضمنية السلبية والغريبة. وإذا كنت مضطراً إلى عدم إخبارهم فقم باستخدام الإشارة إلى اضطرابه فقط متى كان ذلك يفيده مثلما يحدث في التعامل مع المعلمين ومديري المدارس. ويمكن حينئذٍ أن ترسي تلك الإشارة إطاراً بشكل بناء ليمكنهم فيه بلوغ فهم أفضل لصعوبات طفلك.

العناية بأطفالك الآخرين

قد يقنع أولياء الأمور الذين لديهم أطفال كثيرون إذا كان أحد أطفالهم فقط مصاباً باضطراب ADHD. لكن حتى الأطفال العاديين يمكن أن يبرزوا التحديات. فيمكن أحياناً لطفل عادي لم يصب باضطراب ADHD أن يساعد والديه في فهم أن مشكلات الطفل ذي اضطراب ADHD ليست نتيجة عدم كفاءة الوالدين.

لكنه من الأهمية بمكان أن يحتفظ الوالدان بتوقعات واقعية خاصة بالطفل العادي أيضاً. فقد يشعر أنه يجب أن يكون "حسناً" طوال الوقت لأن ذلك دوره الحتمي! فلتحاول تحريره من تلك المسئولية. ودعه يعرف أن حبك له لا يعتمد على كونه "حسناً" وأنك لا تتوقع منه أن يكون "حسناً" طوال الوقت. وحينما يقوم بتصرف ما فلتتفهم أنه ربما يلتمس بعض الانتباه الذي يرى أخاه المصاب باضطراب ADHD يستأثر به. وقم بترتيب نظام الأسرة بحيث لا يتمركز فقط حول الطفل ذي اضطراب ADHD. وإذا كنت حريصاً على إعطاء جميع أطفالك انتباهاً إيجابياً متكافئاً فإنه يمكن تجنب المشكلات. وإذا ظهرت مشكلات فحاول النظر في الجانب المشرق؛ فقد ذكرت إحدى الأسر أنه حينما سرق طفلها "الحسن" فإن الطفل ذا اضطراب ADHD شعر بتحرر عميق. وفي النهاية فإن طاقة الأسرة لم تتمركز كلية حول مراقبته!

إن علاقات الأخوة بزملائهم أيضاً بحاجة إلى مراعاة. فقد يجدون صعوبة في توجيه الدعوة لأصدقائهم نظراً للسلوك المزعج لأخيهم أو أختهم. وإذا انطبق هذا على أسرتك، فلتقم بوضع ترتيبات خاصة بالنسبة إلى الطفل العادي. فيمكنك أخذه وأصدقائه إلى السينما، أو قم بترتيب زيارات حينما لا يكون طفلك الذي لديه اضطراب ADHD بالمنزل أو عندما يكون مستغرقاً في أنشطة أخرى.

ولعل ما يمثل الجانب الأهم في الموضوع أن تتأكد من أنك لست مبالغاً في تركيزك على طفلك ذي اضطراب ADHD، ما يجعلك تهمل حاجات أطفالك الآخرين. ذلك أن جميع الأطفال لديهم مواطن قوة وضعف في آنٍ واحد. ورغم أن بعض أطفالك قد لا يعانون من نقص الانتباه أو المشكلات السلوكية، إلا أنهم يظلون بحاجة إلى انتباهك.

المساندة

لقد أكدنا في مختلف مواضع هذا الكتاب على الدور الذي يتعين أن يلعبه الوالدان في توفير الخدمات المناسبة لأطفالهما. بعبارة أخرى، فإنه ينبغي أن يقوم الوالدان بمساعدة أطفالهما. وتعني المساندة الفعالة ما هو أكثر من الذهاب إلى المدرسة وطلب الخدمات. فينبغي أولاً أن تكون ذا وعي جيد. ثم أنك لا بد أن تكون دبلوماسياً. وأخيراً، فإنك لا بد أن تكون يقظاً. ويعد كونك ذا معرفة جيدة بالظاهرة أمراً ذا أهمية خاصة إذا كان المهنيون المتعاملون مع الطفل الذين تتعامل معهم ضعيفي المعرفة الخاصة باضطراب ADHD. ولعلك تتوقع أن تكون معرفة معلم طفلك أفضل من أي شخص آخر بشأن كيفية التدريس له. لكن المعلم ربما يكون قليل الإعداد للتعامل مع هذه الفئة أو ذا خبرة ضعيفة في هذا المضمار. وكما رأينا فإن حاجات الأطفال ذوي اضطراب ADHD ليست كحاجات الأطفال ذوي صعوبات التعلم أو الأطفال ذوي المشكلات الاجتماعية والانفعالية. فإذا قال المعلم أن طفلك بحاجة إلى الريتالين فلا توافق حتى تتأكد من التقييم الكامل الدقيق لحاجات طفلك وأن الريتالين هو العلاج الملائم بالفعل. واحرص على الاعتماد على الخبراء الذين تثق بهم وعلى فهمك للفوائد المنتظرة من العلاج ومعرفتك بطفلك، إذ لا أحد يعرف ذلك الطفل أكثر منك.

من جهة أخرى فإنه يتعين أن تسعى إلى أن تتسم (بالدبلوماسية) في جميع تفاعلاتك مع المختصين المختلفين. ذلك أن لدى صغيرك فرصة عظيمة للنجاح إذا كان كل شخص ضالع في علاجه يتعاون مع الباقين من أجل تحقيق هدف مشترك. وتعد علاقة الأسرة بالمدرسة ذات أهمية خاصة. ومما يفيدك كثيراً أن يلمس المعلمون التزامك واهتمامك، إذ إن معظم المعلمين يكونون سعداء حينما يعبر الوالدان عن اهتمام صادق بأداء طفلهما بالمدرسة. لكنه ينبغي أن تقدر الضغوط الواقعة على المعلمين. فهم يدرسون لأطفال كثيرين كل يوم مع القليل من المساندة والدعم في أغلب الأحيان. ولعلك قد شعرت بأن معلمي طفلك قللوا من صعوباته أو بأنهم غير مستعدين لقبول أية مسئولية. لكنهم ربما يعتقدون أنهم قد أدوا المطلوب وأكثر. لذا فإنك حينما تتبنى استراتيجيات إدارة تشمل دور المعلم حتى إذا

كان كل ما هو مطلوب عبارة عن تقارير سلوكية من آنٍ لآخر فعليك أن تحاول اختزال مقدار الجهد الإضافي الذي تطلبه من المعلمين. وكن مسانداً لما يفعله المعلمون بالمدرسة، وعبر عن تقديرك لأية جهود يبذلونها.

وحينما لا توافق على شيء ما أوصى به أحد المختصين سواء أكان مسئولاً بالمدرسة أو الطبيب، فكن يقظاً ودبلوماسياً. فعلى سبيل المثال، إذا أوصت المدرسة بإحالة طفلك إلى فصل صعوبات التعلم لكنك تعتقد أن ذلك غير ملائم فعليك أن تعلم المسئولين بالمدرسة بآرائك ولا تتنازل. وكن مثابراً مصراً على محاولة إيجاد بديل أفضل. واجعلهم يبرهنون لك أن قرارهم هو القرار الصائب. وربما تتفق معهم في النهاية، لكنك سوف تعرف أن القرار قد اتخذ على أساس ما هو الأفضل لطفلك وليس على أساس الأسهل بالنسبة إلى المدرسة. وإذا كنت تعارض العلاج الطبي رغم توصيات المسئولين بالمدرسة أو مختصين آخرين، فعليك أن تجد من يكون مستعداً لمساعدتك في علاج صغيرك دون عقاقير. ولعلك تحتاج في بعض الأحيان قائمة بالهيئات المساعدة التي يمكنها مساعدتك في سبيل حصول طفلك على حقوقه. ويمكننا القول إجمالاً أن عملية إيجاد التدخلات المناسبة لطفلك قد تبدو لا نهائية وغير مشجعة أحياناً. لكن هنالك ثلاثة عوامل رئيسة يمكن أن تجعل النجاح أكثر يسراً وهي: أولاً: احتفظ باتجاه إيجابي وبناء. ثانياً: راقب أداء طفلك باستمرار من خلال تدخلات متنوعة. ثالثاً: تأكد من أن المعنيين في جبهات متعددة يعملون معاً بشكل متناسق.

قـراءات مقتـرحـة

- Barkley, Russell A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2nd ed. New York: The Guilford Press, 1990.
- Coleman, Wendy S. Attention Defuit Disorders, Hyperactivity and Associated Disorder: A Book for Parents and Professionals, 5th ed. Madison, Wisconsin: Calliope Bks, 1988.
- Conners, C. Keith, Feeding the Brain: How Foods Affect Children. New York: Plenum, 1989.
- Friedman, Ronald J., and Guy T. Doyat. Attention Defuit Disorder and Hyperactivity, 2nd ed. Asutin, Texas: PRO-ED, 1987.
- Gordon, Michael. ADHD-Hyperactivity: A Consumer's Guide. GSI Publications, 1990.
- Kelley, Mary Lou. School-Home Notes: Promoting Children's Classroom Success. New York: The Guilford Press, 1990.
- Lerner, Harriet Goldhor. The Dance of Anger: A Woman's Guide to Changing the Patterns of Intimate Relationships. New York: Harper and Row, 1985.
- Patterson, Gerald R. Living With Children: New Methods for Parents and Teachers. Champaign, Illinois: Res Press, 1976.
- Rosemond, John. Ending the Homework Hassles: How to Help Your Child Succeed Independintly in School. Fairway, Kansas: Andrews, McMeel & Parker, 1990.

- Silver, Larry B. The Misundertand Child: A Guide for Parents of Learnign Disobled Children. New York: McGraw-Hill, 1984.
- Turecki, Stanley. The Diffath Child: A New Step-by-Step Approch by a Noted Child Prybiatrist for Understanding and Managing Hard-to-Raise Children. New York: Banram, 1985.
- Wender, Paul H. The Hypreactive Child, Adokesent, and Adults Attention Deficut Disordar Through the Lifespan. New York: Oxford, 1987.

مراجع متعلقة

- R. Maynard, "Omaha Pupils Given 'Behavior' Drug", The Washington Part, June 29, 1970.

- P. Schrag and D. Divoky. The Math of the Hyperactive Child (New York: Panthoon, 1975).

- J. Biederman et al., "Retrospective Assessment of DSM-III Attention Deficit Disorder in Nonreferred Individuals". Journal of Clinical Psychiatry 51 (1990): 102-106.

- A.J. Zametkin et al., "Cerebral Glucose Metabolism in Adults with Hyperactivity of Childhood Opset", New England Journal of Medicine 323 (1990): 1361-1366.

- C.K. Conners, Feeding the Brain: How Foods Affect Children (New York: Plenum, 1989).

- J. H. Satterfied et al., "Therapcutic Interventions to Prevent Delinquency in Hyperactive Boys", Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiabtry 26 (1987): 56-64.

- R. A. Barkley et al., "Side Effects of Methylphenidate in Children with Attention Dcficit Hyperactivity Disorder: A Systemic, Placcbo-Controlled Evaluation", Pediatrties 86 (August 1990): 184-192.

- R. L. Sprague and E. K. Sleator, "Methylphenidate in Hyperkinctic Children: Differences in Dose Effects on Learning and Social Behavior". Science 198 (1977): 1274-1276.

- For example, Stanley Turecki, The Difficult Child (New York: Bantam, 1985); Gerald R. Patterson, Living With Children: New Methods for Parents (Champaign, Illinios: Res. Press, 1976).

- M. A. Atkins, W. E. Pelham, and K. J. White, "Hyperactivity and Attention Deficit Disorders", in Psychological Aspect of Developmental and Physical Disabilities: A Casebook (New York: Pergamon, 1990), 137-156.
- B. J. Kaplan et al., "Dierary Replacement in Preschool Aged Hyperactive Boys", Pediatries 83 (1989): 7-17.
- W. E. Pelham et al., "Methylphenidate and Baseball Playing in ADHD Children: Who's on First?" Journal of Consulting and Clinical Psychology 58 (1990): 1-4.
- G. Weiss and L. T. Hechtman, Hyperactive Children Grown Up (New York: The Guilford Press, 1986).
- R. Gittelman et al., "Hyperactive Boys Almost Grown Up: I. Psychiatric Status", Archives of General Psychiatry 42 (1985): 937-947.
- S. Manoussa et al., "Hyperactive Boys Almost Grown Up: II. Status of Subjects Without a Mental Discorder", Archives of General Psychiatry 45 (1988): 13-18.

الفهرس

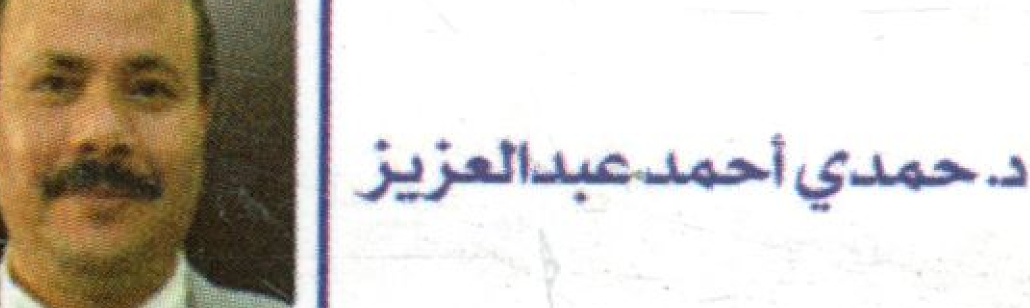
رقم الإيداع	٢٠١٣/١٥٨٩٠
الترقيم الدولي I.S.B.N	978- 977-10-2899-4



د. هشام محمد أحمد سلامة

- حاصل على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية (علم النفس التربوي) عام ٢٠٠٧ من كلية التربية بجامعة طنطا.
- يعمل حالياً أستاذاً مساعداً بجامعة القصيم - المملكة العربية السعودية.
- له العديد من الأعمال العلمية والكتب المترجمة المنشورة مثل الفعالية و التعلم الذاتي ومحاكمة علم النفس ، وتعليم التفكير .
- شارك في العديد من المؤتمرات والفعاليات التربوية.
- قام بالتدريب في إطار برامج خدمة المجتمع والتنمية البشرية والتطوير المهني والتربوي.
- له العديد من الاهتمامات العلمية مثل تنمية التفكير والأساليب
- للتواصل

HESHAMESALAMA@YMAIL.COM



د. حمدي أحمد عبدالعزيز

- حاصل على درجة دكتوراه الفلسفة في المناهج والتعليم، مع مرتبة الشرف الأولى، من جامعة أركانساس بالولايات المتحدة الأمريكية، عام ٢٠٠٤.
- يعمل حالياً أستاذاً مساعداً بقسم المناهج وطرق التدريس، كلية التربية - جامعة طنطا، وأستاذاً مشاركاً بقسم التعليم والتدريب الإلكتروني - جامعة الخليج العربي.
- عضو اللجنة القومية لمشروعات تطوير نظم وتكنولوجيا المعلومات بالجامعات المصرية.
- له العديد من المؤلفات المنشورة في مجال التعلم الإلكتروني، ومعايير التدريس، وتصميم المواقف التعليمية.
- عضو اللجنة القومية لمشروعات الجودة والاعتماد الأكاديمي والمؤسسي.
- عضو اللجنة القومية لاختبارات كادر المعلم بجمهورية مصر العربية.
- له ما يربو عن ٢٥ بحثاً منشوراً في مجلات محلية وإقليمية ودولية محكمة ومتخصصة.
- للتواصل

YASMALLAH@HOTMAIL.COM

هذا الكتاب

دليل للوالدين والمعلمين بظاهرة اضطرابات نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط.

- يُوضح كيفية تعامل المعلمين وأولياء الأمور مع الأبناء الذين لديهم هذه الظاهرة لأنهم أكثر المؤثرين والمتأثرين بها.
- يعرض الكتاب مادته وفق تدرج منطقي يبدأ بإطلالة تاريخية على الظاهرة وتشخيصه او علاجها.
- يتناول سبل التعايش مع الطفل المصاب بهذا الاضطراب.
- يُدعم المسئولين بالمعلومات والتوجيهات اللازمة لرعاية الأطفال المصابين والتعامل معهم بإيجابية.
- محاولة جادة لملء ثغرة في بنيان التراث السيكولوجي والتربوي.

تطلب جميع منشوراتنا من و...
دار الكتاب ...

I.S.B.N. 978-977-10-2899-4